

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

(宛先)  
鳴門市長

申請者 住 所

氏 名

鳴門市不妊治療費助成事業申請書

特定不妊治療費助成金の交付を受けたいので、鳴門市不妊治療費助成事業実施要綱の規定により次のとおり申請します。

	夫	妻	
(ふりがな)			
対象者氏名	印	印	
	※記名押印	※記名押印	
生年月日	年 月 日 ( 歳)	年 月 日 ( ) 歳	
住 所	〒		
			※異なる場合のみ記入
	電話 ( )	電話 ( )	
申請金額	円	治療回数	回目
対象治療費	円	県助成費	円

添付書類

1. 徳島県こうのとりのり応援事業承認決定通知書の写し
2. 徳島県こうのとりのり応援事業受診証明書の写し
3. 特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書の写し
4. 夫及び妻の住民票の写し
5. 戸籍謄本（抄本）の写し
6. 夫及び妻それぞれの所得・課税証明書の写し

(調査同意欄)

鳴門市不妊治療費助成事業の申請に伴い必要となる、市税の滞納の有無、市へ納付すべき保険料及び保育料の滞納の有無について調査することに同意します。

夫 \_\_\_\_\_ 印      妻 \_\_\_\_\_ 印