

様式第 1 号(第 7 条関係)

高梁市不妊及び不育治療費助成金交付申請書

年 月 日

高梁市長 殿

次のとおり、^{不妊}不育^{不育}治療費の助成を受けたいので高梁市不妊及び不育症治療費助成金交付要綱第 7 条の規定によって関係書類を添えて申請します。

なお、審査にあたり、記載内容及び市税の滞納の有無を公簿により確認されること、必要な場合には高梁市以外の自治体への申請の有無について照会することを承諾します。

記

申請者	ふりがな		生年月日	
	氏名	印		
	住所		電話番号	
申請者の配偶者	ふりがな		生年月日	
	氏名	印		
	住所		電話番号	
婚姻年月日		年 月 日		
住民票登録年月日		申請者 年 月 日		
		配偶者 年 月 日		
医療機関	住所			
	名称			
申請金額		金 円		

※市記入欄	受付年月日	年 月 日		
	決定年月日	年 月 日	承認・不承認	
	決定金額	金 円		