

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

恵那市不妊治療・不育症治療通院助成金申請書

恵那市長 様

氏 名
申請者 住 所
連絡先
(署名又は記名押印)

恵那市不妊治療・不育症治療通院助成金交付要綱に基づき、助成金の支給を受けたいので、下記事項に同意の上、申請します。

記

1. 給付金の支給資格を審査するため、恵那市が申請者及び対象者の住民基本台帳などの公簿その他必要な確認を行うことに同意します。
2. 治療内容が確認できない場合は、証明書等の必要書類を提出します。

申請額	円					
対象者氏名			生年月日	年	月	日
医療機関	所在地 名 称					
通院日	月	日	月	日	月	日
	月	日	月	日	月	日
	月	日	月	日	月	日
備 考	県内通院 回 ・ 県外通院 回					

添付書類 不妊治療等による通院を証明する書類の写し。