

様式第1号（第5条関係）

我孫子市特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

我孫子市長あて

我孫子市特定不妊治療費の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		電話	
	氏名	⑩		
	生年月日	年 月 日（ 歳）		
	住所	〒 我孫子市		
配偶者	フリガナ		電話	
	氏名	⑩		
	生年月日	年 月 日（ 歳）		
	住所	申請者と異なる場合にのみ記入してください。 〒		
申請金額		円		

添付書類

- 1 千葉県特定不妊治療費助成承認決定通知書の写し
- 2 千葉県特定不妊治療費助成申請書に添付する特定不妊治療受診等証明書
書の写し又は特定不妊治療受診等証明書（様式第2号）
- 3 申請者及び配偶者の住民票の写し（本籍及び筆頭者の記載のあるもの。
ただし、我孫子市民で下記の同意書に記名押印した場合は省略可）
- 4 その他市長が必要と認める書類

同意書

私は、我孫子市特定不妊治療費助成金の交付決定に当たり、我孫子市が所有する公簿等により、住民基本台帳及び婚姻状況について市職員が確認することに同意します。

我孫子市長あて

申請者 ⑩

配偶者 ⑩