

様式第1号（第7条関係）

日高市不妊検査費助成金交付申請書

年 月 日

（あて先）日高市長

日高市不妊検査費助成金の交付を受けたいので、日高市不妊検査費助成事業実施要綱第7条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

1 申請者

夫	ふりがな	
	氏 名	印
	生年月日	年 月 日（ 歳）
	住 所	〒
	電話番号	
妻	ふりがな	
	氏 名	印
	生年月日	年 月 日（ 歳）
	住 所	〒
	電話番号	

2 添付書類

- (1) 市税に滞納がないことを証する書類（裏面の同意書があれば省略可）
- (2) その他市長が必要と認める書類

3 助成対象不妊検査の期間の条件

夫婦がともに検査を受けて、かつ、夫婦のいずれかが検査にかかっていた通算の検査期間が「6か月以内」となるように検査を受けてください。

4 過去の助成状況

過去に不妊治療費の助成を受けたことが ある ない

5 同意書（市税に滞納がないことを証する書類を添付する場合は記載不要）

同 意 書

この申請に当たり、審査のために必要な限度において、私たちの市税の納付状況について、担当職員が調査することに同意します。

（署名又は記名押印）

夫 氏名

妻 氏名