

第1号様式（第7条関係）

香芝市一般不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

香芝市長 様

（申請者）住所：

氏名：

電話番号：

香芝市一般不妊治療費助成金の交付について、香芝市一般不妊治療費助成金交付要綱第7条第1項の規定により関係書類を添えて次のとおり申請します。

夫	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日 (歳)
妻	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日 (歳)
対 象	住 所	〒 電話番号	
	住所（※） 夫・妻	〒 電話番号	
者	① 香芝市で過去にこの助成を受けたことがありますか。 (ない・ある)		
	② ①で「ある」と答えた方のみお答えください。 助成を受けた治療費の支払の最初の年度はいつですか。 (年度)		
	③ この申請に係る一般不妊治療について、ほかの地方公共団体 で助成を受けていますか。(受けていない・受けている)		
	④ 夫婦の間の第1子に係る一般不妊治療ですか。 (はい・いいえ)		

※単身赴任等で夫と妻の住所が異なる場合に記入してください。

◎申請の際に夫婦それぞれの健康保険証をお持ちください。