

阿波市スマイルファミリー不妊治療応援事業申請書

阿波市長 殿

年 月 日

関係書類を添えて次のとおり不妊治療費の助成を申請します。
徳島県以外の地方公共団体から本申請に係る特定不妊治療等の助成を受けていないことを宣誓します。

申 請 者	夫	ふりがな						
		氏名						
		生年月日	昭和・平成		年	月	日生	() 歳
		住所	〒		-		電話 ()	
	妻	ふりがな						
		氏名						
		生年月日	昭和・平成		年	月	日生	() 歳
		住所	〒		-		※夫婦の住所が異なる場合のみ記入 電話 ()	
申請額		金 円						
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫・農協			本・支店名			
	預金種別	普通・当座		ふりがな 口座名義人				
	口座番号						(左詰記入)	

(注) 太枠の中をご記入ください。

【添付書類】

1. 徳島県こうのとりの援事業に係る交付決定通知書の写し
2. 徳島県こうのとりの援事業受診証明書の写し
3. 市税等（阿波市）に滞納がないことを証明する完納証明書