

第1号様式（第6条関係）

草加市早期不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

草加市長 宛て

草加市早期不妊治療費助成金交付要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。また、助成要件確認のため草加市が保有する住民基本台帳等の公簿による確認や他の市町村及び指定医療機関に照会することに同意します。

夫	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名	Ⓜ		() 歳
	現住所	〒		
	電話番号 FAX番号	【自宅・携帯・その他()】 — — *日中必ず連絡のとれる番号を記入		
妻	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名	Ⓜ		() 歳
	現住所	〒		
	電話番号 FAX番号	【自宅・携帯・その他()】 — — *日中必ず連絡のとれる番号を記入		
不妊治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
申請額	円 (千円未満切捨て)			

※太枠内を記入してください。

※申請者が自署した場合は押印を省略することができます。

事務局記入欄

申請受理 年月日	年 月 日	受給者 番号	
要件確認	<input type="checkbox"/> 婚姻	<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> 県初回助成
助成結果	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 不交付	助成対象額 円	交付決定額 円 交付・不交付年月日 年 月 日