

様式第1号（第5条関係）

小松島市こうのとりサポート事業申請書

特定不妊治療費助成金の交付を受けたいので小松島市こうのとりサポート事業実施要綱の規定により次のとおり申請します。

太枠内を記入ください。

フリガナ 対象者氏名 (自署押印)	夫	妻
	(印)	(印)
生年月日	(歳)	(歳)
住所	※異なる場合のみ記入	
電話		
年 月 日		
小松島市長 様		
<p style="text-align: center;"><u>申請金額</u> _____</p> <p style="text-align: center;">※申請金額は特定不妊治療に要した費用から徳島県こうのとり応援事業において交付決定された助成金額を控除した額</p>		
<p>申請者氏名 _____ (印)</p> <p>(自署押印)</p>		

- 【添付書類】
- 1 徳島県こうのとり応援事業承認決定通知書
 - 2 徳島県こうのとり応援事業受診証明書
 - 3 特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書
 - 4 住所を確認できる書類（住民票）
 - 5 夫及び妻の市税納税証明書

※徳島県が交付するこうのとり応援事業承認決定通知書により添付書類2, 3は写しに替えることができる。

※4, 5については小松島市こうのとりサポート事業における調査同意書の提出によりこれに替えることができる。

申請受理 年月日		承認・不承認決 定年月日	
受給者番号		助成回数	