

様式第1号（第5項関係）

青梅市特定不妊治療費（先進医療）助成金交付申請書

年 月 日

青梅市長 殿

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

青梅市特定不妊治療費（先進医療）助成金交付要綱第5項の規定により、下記のとおり申請します。

なお、申請内容について確認等が必要な場合、青梅市職員が住民基本台帳等と照合することおよび特定不妊治療費（先進医療）助成金の交付状況を他の地方公共団体、医療機関等へ照会することに同意します。

記

申請者氏名	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
配偶者氏名	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
配偶者住所 (申請者と異なる場合のみ記入)	〒	
助成金交付申請額	円	

添付書類

- (1) 東京都に提出した特定不妊治療費（先進医療）助成事業受診等証明書の写し
- (2) 東京都から交付された特定不妊治療費（先進医療）助成承認決定通知書の写し

以 上