

川口市生殖補助医療費助成事業申請 郵送での申請のためのチェックシート

確 認 事 項	
※封をする前にチェック欄にチェックをし、確認をお願いします。	
1. 〈申請のためのチェックシート〉を参考に提出書類を確認し、全て揃っていますか？ →戸籍全部事項証明書や通帳の写し等のお忘れが多いため、必ずご確認ください。	チェック欄 <input type="checkbox"/>
2. 領収書等の原本の返却をすぐに希望されるかたは、切手を貼った返信用封筒をご用意ください。 返信用封筒の同封がない場合、交付決定通知書（申請から約3か月後）と一緒に普通郵便でご返却します。 →領収書等の枚数により、重さが変わります。切手の不足がないようお願いします。	<input type="checkbox"/>
3. 不備や確認事項があった場合、連絡をさせていただくことができます。 申請書には日中連絡がつく電話番号を記入していますか？ →お電話にて連絡がとれないことが続く場合、提出書類は全てご返却します。 不足書類があった場合の受付日は、全て揃ってからとなります。	<input type="checkbox"/>
4. 申請時に同封されたクリアファイルやクリップ等の返却はできませんのでご了承ください。	<input type="checkbox"/>

※申請期限は、郵便局の消印日で判断します。申請期限が過ぎた場合はいかなる場合も受付できませんのでご注意ください。
差出・配達記録が残る簡易書留や特定記録郵便などのご利用をおすすめします。

<問い合わせ・申請窓口>

〒332-0026 川口市南町1-9-20(地域保健センター内)
川口市保健所 健康増進課 給付係 TEL 048-256-1135