

(あて先) 川口市長

R 年 月 日

申請日をご記入ください。

また、助成金の助成状況、治療内容について他自治体や医療機関へ照会することに同意します。

該当箇所に✓・○をご記入ください

※申請者以外のお口座に振り込む時には、**※申請者と名義人が一致するようにご記載ください。**
旧姓不可。

~~下の欄は職員で使用するもので、記入しないでください。~~

治療内容		☐ 保険診療による治療 ☐ 保険診療と併用した先進医療 ☐ 男性不妊治療（ ☐ 単独）						
今回の治療期間の初日における女性年齢		歳	☐ 助成歴（ 年度 回）（ 年度 回）（ 年度 回）（ 年度 回）					
治療区分			☐ 43歳になるまで出生につき6回まで ① /6 ② /6					
要件： ☐ 年齢 ☐ 法律婚（ ☐ 事実婚） ☐ 住所 ☐ 回数								
助成	治療費支払額		助成対象額		交付決定額	交付決定年度	交付決定年月日	
		円		円	円	年度	年 月 日	
内 容	①	円	①	円				
	②	円	②	円				