

様式第1号(第2条関係)

子宝支援事業認定申請書

平成 年 月 日

佐伯市長 様

住 所 佐伯市 _____
申請者 氏 名 _____ 印
電話番号 _____

佐伯市子宝支援事業の認定を受けたいので申請します。

本人記入欄			
対象者		配偶者	
ふりがな		ふりがな	
氏 名		氏 名	
生年月日		生年月日	

戸籍謄本を添えて提出してください。

医療機関記入欄	
診療開始日	年 月 日から
ふりがな	
患者氏名	
病 名	
主たる治療内容	
上記のとおり、不妊治療が必要であることを証明します。	
医療機関所在地 名 称 担当医師氏名	
印	