

不妊治療費助成事業受診等証明書 記入申込書

申請者記入欄	診察券番号		申込日	H 年 月 日
	奥様		ご主人様	
	ふりがな		ふりがな	
	氏名		氏名	
	生年月日	S・H 年 月 日(歳)	生年月日	S・H 年 月 日(歳)
	郵送先	〒 —		
	連絡先電話番号	—		
<p>★下記の点をご確認の上、チェックして下さい★</p> <p><input type="checkbox"/> 証明書作成には日数を要しますので、提出希望日のある方は速やかにお申込下さい。</p> <p><input type="checkbox"/> 証明書作成料として1通あたり3,500円(税別)お支払いいただきます。</p> <p><input type="checkbox"/> 申請条件、回数や所得計算などの確認は、ご自身でお願い致します。</p>				
備考	申請期間	月 日 ~ 月 日		会計
				担当者