様式第１号（第５条関係）　　＜記入例＞

錦町不妊治療費助成事業申請兼請求書

年　　月　　日

錦町長　様

申請者　氏名　　錦　花子　　印

関係書類を添えて次のとおり、不妊治療費の助成を申請します。
なお、担当課または関係機関が加入医療保険者・被扶養者の資格・給付等の必要な情報を確認することに同意します。

	氏　　名	生年月日及び年齢
夫	錦　太郎	S57年　4月　1日生（　40歳）
妻	錦　花子	S61年　5月　1日生（　36歳）
住　所（夫）	錦町大字一武〇〇番地　電話番号　0×0(××××)××××