

誓約書

明石市不育症治療支援事業の本申請については、下記事項について誓約の上、提出します。

年 月 日

明石市長 様

申請者氏名_____

記

- 1 本申請は、不育症治療支援事業(他自治体の同支援事業も含む)における初回治療の申請であること
- 2 次回以降の申請は、治療期間の終了日が、本申請の治療終了日以前の治療について、申請を行わないこと

(注意事項)

- ・申請者氏名は、夫または妻が自署すること
- ・「初回治療」とは、不育症治療支援事業(他自治体の同支援事業も含む)についての申請が初めての治療をいう