

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	_____	印
	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、夫または妻が記名押印のこと
- ・「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