**特定治療支援事業承認決定通知書再交付申請書**

令和　　年　　月　　日

申請者　住所

　　　　氏名

電話番号

群馬県不妊に悩む方への特定治療支援事業承認決定通知書の再交付を受けたいので次のとおり申請します。

* 助成対象者

夫　氏名

　　　　 生年月日 　年　　　月　　　日

　　 妻　氏名

　　　 　生年月日 　年　　　月　　　日

* 再交付を受けたい特定治療支援事業承認決定通知書

・助成金額 　　　円

・振込年月日 　年　　　月　　　日

* 再交付を受ける理由

※身分証明書の写を添付し、御提出ください。

提出先

〒371-8570

前橋市大手町１－１－１

群馬県　児童福祉青少年課　母子保健係　宛