

令和〇〇年〇〇月〇〇日

神奈川県知事 殿

住所〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

(夫)氏名 〇〇 〇〇 印

(妻)氏名 〇〇 〇〇 印

コピー送付依頼書

××市の特定不妊治療費助成事業の申請に次の書類のコピーが必要ですので、送付願います。

- ・受診等証明書（令和〇〇年〇〇月〇〇日申請 受付番号〇〇〇〇〇〇〇〇に添付）

※ あて名書きをし、切手を貼付した返信用封筒を添えること