

井原市不妊治療助成事業補助金交付申請書

年 月 日

井原市長

殿

申請者 住 所 井原市

氏 名

印

電 話

次のとおり、関係書類を添えて井原市不妊治療助成事業補助金の交付を申請します。

記

補助事業対象者	氏 名	住 所	生年月日
	夫		. . .
	妻		. . .
婚姻年月日	年 月 日		
不妊治療対象児	第 子		
治療の状況	別添 井原市不妊治療助成事業医療機関証明書のとおり		
補助金申請金額	(男性不妊治療を除く) 金 円 (保険外診療に限る領収金額×1/2。 (男性不妊治療) 金 円 ただし、20万円を限度とする。)		

上記の金額を下記口座へ振り込んでください。

振 込 先	銀行 農業協同組合 信用組合 信用金庫	本 店 支 店 支 所 出張所	種目 普通 当座	口 座 番 号
	フリガナ 口座名義人			

- *添付書類 ・井原市不妊治療助成事業医療機関証明書（指定医療機関が発行したもの）
- ・井原市内に居住している法律上の夫婦であることを証明する書類
- ・公租公課等の滞納がないことを証明する書類（夫婦各1枚通）

※市記入欄	井原市住民登録日			夫	年 月 日				
				妻	年 月 日				
	決 裁	部 長	次 長	課 長	税務課 確認	確認日	確認者	決定年月日	公印使用承認
		課長補佐	係 長	係					
受 給 者 番 号					—		—		