

様式第 1 号(第 6 条関係)

井原市不育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  
電話

次のとおり、不育治療の助成を受けたいので、井原市不育治療支援事業補助金交付要綱第 6 条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

補助事業 対象者	氏 名		住 所	生年月日
	夫		井原市	. .
	妻		井原市	. .
婚姻年月日	年 月 日			
治療の状況	別添 井原市不育治療助成事業受診証明書のとおり			
申請金額	円 (ただし、30万円を限度とします。)			

上記金額を下記口座へ振り込んで下さい。

振 込 先	銀 行	本 店	種目	口 座 番 号			
	農 協	支 店					
	信用組合	支 所					
	信用金庫	出張所					
	フリガナ						
	口座名義人						

- 添付書類 1 井原市不育治療助成事業受診証明書 (医療機関が発行したもの)  
2 市税等に滞納がないことを証明する書類 (夫婦各 1 通)  
3 その他市長が必要とする書類 ( )

※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	所 長	税務課 確 認	確認日	確認者	決定年月日	公印使用承認
		参 事	指導係長	主 査					
受 給 者 番 号						-	-		