

津山市不妊治療支援事業助成金交付申請書

年 月 日

津山市長 様

津山市不妊治療支援事業助成金の交付を受けたいので、津山市不妊治療支援事業助成金交付要綱第6条の規定により申請します。

なお、申請に当たり、助成対象者の資格について公簿等で確認することに同意します。

記

申請者	ふりがな		生年月日	昭和	年	月	日
	氏名	印		平成			
	住所	〒	—	電話番号			
申請者の配偶者	ふりがな		生年月日	昭和	年	月	日
	氏名			平成			
	住所	〒	—	電話番号			
婚姻年月日 (入籍年月日)	年 月 日						
今回の治療で岡山県不妊に悩む方への特定治療支援事業助成金を受けましたか 受けた ・ 受けていない ※津山市の不妊治療支援事業は岡山県の不妊治療助成を受けた方が対象です							
岡山県の不妊治療助成額はいくらですか(うち男性不妊治療分) 金 円 ( 円 )							

添付資料・不妊治療支援事業受診証明書(指定医療機関が発行したもの)  
 ・岡山県不妊に悩む方への特定治療支援事業 承認決定通知書(写)

市記入欄

決定年月日	年 月 日	承認 ・ 不承認	受付印
受給者番号			
医療機関支払い額			
岡山県助成額		円 (うち男性不妊治療分 円)	
津山市決定額		円 (うち男性不妊治療分 円)	

受付日

※ 他の市町村から、同種の助成金を受けている場合は、申請不可