

(様式第1号)

不育治療支援事業補助金交付申請書

令和 年 月 日

津山市長 様

津山市不育治療支援事業補助金の交付を受けたいので、津山市不育治療支援事業実施要綱第5条の規定により申請します。

なお、申請に当たり、補助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 平成	年	月	日	
	氏名							
	住所							電話番号
申請者の配偶者	ふりがな		生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	氏名							
	住所							電話番号
婚姻年月日 (入籍年月日)	年 月 日							
助成金振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協					本店 支店 出張所	
	口座番号	普通 当座						
	ふりがな							
	口座名義人							

添付資料・生殖医療専門医医療機関受診証明書【様式第2号】

(一般社団法人日本生殖医学会が認定した、生殖医療専門医が発行したもの)

・不育治療実施医療機関受診証明書【様式第3号】【該当ある場合のみ】

・戸籍謄本(夫婦の一方が外国人住民の場合にあつてはいずれか一方の戸籍謄本、夫婦の双方が外国人住民の場合にあつては公的機関が発行した書類で市長が適当と認めるもの)

市記入欄

受理年月日	令和 年 月 日
決定年月日	令和 年 月 日 承認 ・ 不承認
受給者番号	
医療機関支払い額	
津山市決定額	

※ 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