

様式第1号（第5条関係）

津山市不育治療支援事業補助金交付申請書

年 月 日

津山市長 殿

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。

申請者	(ふりがな) 氏名		生年月日	年 月 日
	住所		電話番号	
配偶者	(ふりがな) 氏名		生年月日	年 月 日
	住所		電話番号	
婚姻年月日 (入籍年月日)		年 月 日 ※婚姻の届出をしていない場合は、記入不要です。		
振込口座	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 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）

【該当する場合のみ】

・ 不育治療実施医療機関受診証明書（様式第3号）

・ 婚姻の届出をしている場合は、補助対象者及びその配偶者の戸籍謄本（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）

・ 婚姻の届出をしていない場合は、事実婚関係に関する申立書（様式第4号）

（注）他の市町村から、同種の助成金等を受けている場合は、申請できません。

<市記入欄>

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