

津山市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。

申請者	ふりがな		生年月日	昭和 平成	年	月	日
	氏名						
	住所						
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						
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。				

- 必要書類等
- 夫婦のいずれか一方が申請日現在、津山市に1年以上住所を有している。
  - 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
  - 請求書

- 必要に応じて
- 不育治療実施医療機関受診証明書(様式第3号)  
※「生殖医療専門医」から依頼を受けた医療機関で該当する場合のみ必要
  - 事実婚関係に関する申立書(様式第4号)
  - 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)  
※「戸籍抄本」とは、一人分の戸籍謄本
  - その他市長が必要と認める書類

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			
津山市決定額		円	
住民票(1年以上)確認 : <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし			受付日 受付者

※ 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