

(様式第1号)

## 不育治療支援事業補助金交付申請書

平成 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	印										
	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										
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・不育治療支援事業受診証明書  
(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)

・戸籍謄本(または外国人登録原票記載事項証明書)

### 市記入欄

受理年月日	平成	年	月	日							
決定年月日	平成	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