

様式第1号(第8条関係)

第 号
年 月 日

(あて先) かすみがうら市長

住所
氏名

かすみがうら市不妊治療費助成金交付申請書

年度かすみがうら市不妊治療費助成事業について、交付を受けたいのでかすみがうら市不妊治療費助成金交付要綱第8条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

- 1 助成金申請額 金 円
- 2 治療の経費 金 円
- 3 治療の期間 年 月 日 ~ 年 月 日
- 4 添付書類
 - (1) 様式第1号付表
 - (2) かすみがうら市不妊治療医療機関受診証明書(様式第2号)
 - (3) 医療機関の発行した保険適用外の治療に係る領収書の写し

様式第1号 付表

申請者	夫	フリ 氏	ガナ 名	生年月日	年 齡
		フリガナ		年 月 日	歳
	妻	フリガナ		年 月 日	歳
助成金申請内訳	特定不妊治療分	助成対象経費	①	円	(特定不妊治療) 不妊治療医療機関受診証明書の領収額
		市助成限度額	②	円	
		助成金申請額(A)		円	上記①又は②の低い方の額を記入
	男性不妊治療分	助成対象経費	③	円	(男性不妊治療) 不妊治療医療機関受診証明書の領収額
		市助成限度額	④	円	
		助成金申請額(B)		円	上記③又は④の低い方の額を記入
助成金申請額		(A) + (B)	円	様式第1号の 1 助成金申請額欄	
治療に要した経費		① + ③	円	様式第1号の 2 治療の経費欄	

私は、助成を申請するにあたり、市担当者が私の住民登録情報、住民税等の納付状況を確認することについて同意します。

氏名 (夫) _____

氏名 (妻) _____