

様式第 1 号（規則第 4 条関係）

補 助 金 等 交 付 申 請 書

平成 年 月 日

新見市長 様

申請人

住所又は所在地 新見市 金谷 6 4 0 - 1

氏名又は団体名

及び代表者氏名 新見花子 印

新見市補助金等交付規則第 4 条の規定により次のとおり申請します。

補助年度 平成 年度	補助金等の名称	新見市不妊症対策支援事業補助金
補助事業の目的及び内容	不妊治療費の助成	
補助事業等の効果	経済的負担の軽減と住民福祉の向上	
補助事業等の経費所要額	円	
補助金額	円	
補助事業等の着手年月日 及び完了年月日（予定）	着手 平成 年 月 日 完成 平成 年 月 日	
添付書類	1. 新見市不妊症対策支援事業医療機関証明書 2. 岡山県不妊治療支援事業承認決定通知書の写し (県の事業に該当する人のみ)	
※ 担当課所見		

注 ※印の欄は記入しないこと。

様式第 6 号（規則第 1 6 条関係）

補助金等交付請求書

平成 年 月 日

新見市長 様

申請人

住所又は所在地 新見市 金谷 6 4 0 - 1

氏名又は団体名

及び代表者氏名 新見花子 印

新見市補助金等交付規則第 1 6 条の規定により次のとおり請求します。

指令年月日	平成 年 月 日	指令番号	新見市指令健第 号
補助年度	平成 年度	補助金の名称	新見市 不妊症対策支援事業補助金
補助事業等の名称	新見市不妊症対策支援事業		
補助金等の 交付決定通知額 交付確定額	円		
補助金等の既交付額	平成 年 月 日交付	円	
	平成 年 月 日交付	円	
	平成 年 月 日交付	円	
	計	円	
今回交付請求額	円		
未交付額	円		
添付書類	1. 補助金等交付決定通知書又は補助金等確定通知書の写し 2. 3. 4.		

平成 年 月 日

新見市長 様

住所 新見市金谷640-1 番地
氏名 新見花子 印
連絡先 自宅 72-6129
携帯 090-0001-0002

納税等状況調査同意書

私は、平成 年 月 日付で (以下「申請者」という。)が行う新見市不妊症対策支援事業補助金の申請に関し、新見市納税等に係る公平性の確保に関する条例第2条第2項各号に掲げる市税等の私の納付状況について調査されることに同意します。

また、同申請に対する特別措置が決定された場合、申請者に私の市税等に滞納があるため特別措置が決定された旨を通知することに同意します。

[納税等状況調査結果記載欄] ※下の欄は記入しないでください。

調査年月日 平成 年 月 日
調査担当職員 税務課
賦課及び納付状況 (1) 市税 (都市計画税、国民健康保険税を含む。) (2) 介護保険料 (3) 後期高齢者医療保険料 (4) 保育料 (5) 上水道・簡易水道使用料 (6) 下水道使用料 (受益者負担金等を含む。) (7) 市営住宅家賃
調査結果 上記申請者について、市税等の納付状況を調査した結果は、次のとおりである。 1 市税等の滞納がない。 2 市税等の滞納がある。
(備考)
(確認印)

平成 年 月 日

新見市長 様

住所 新見市金谷640-1 番地
氏名 新見太郎 印
連絡先 自宅 72-6129
携帯 090-1000-2000

納税等状況調査同意書

私は、平成 年 月 日付で (以下「申請者」という。)が行う新見市不妊症対策支援事業補助金の申請に関し、新見市納税等に係る公平性の確保に関する条例第2条第2項各号に掲げる市税等の私の納付状況について調査されることに同意します。

また、同申請に対する特別措置が決定された場合、申請者に私の市税等に滞納があるため特別措置が決定された旨を通知することに同意します。

[納税等状況調査結果記載欄] ※下の欄は記入しないでください。

調査年月日 平成 年 月 日
調査担当職員 税務課
賦課及び納付状況 (1) 市税 (都市計画税、国民健康保険税を含む。) (2) 介護保険料 (3) 後期高齢者医療保険料 (4) 保育料 (5) 上水道・簡易水道使用料 (6) 下水道使用料 (受益者負担金等を含む。) (7) 市営住宅家賃
調査結果 上記申請者について、市税等の納付状況を調査した結果は、次のとおりである。 1 市税等の滞納がない。 2 市税等の滞納がある。
(備考)
(確認印)

振込口座届出書

_____年 ____月 ____日

氏名	新見花子	備考	
金融機関名 (郵便局以外)	J A 阿新・備北信用金庫・中国銀行・トマト銀行・()		
区分	[新見] 支店・支所・店		
口座番号	普通・当座		
	1	2	3
	4	5	6
	7	(7けた)	
(ふりがな)	(にいみ はなこ) ←ふりがなは正確に		
口座名義人* なるべく本人名義に	新見花子		
名義人住所	新見市 金谷640-1		☎ 72 - 6129

*口座名義人が本人以外の場合は委任状も提出してください(用紙は健康づくり課にあります)。