

様式第 1 号(第 7 条関係)

新見市不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

新見市長 様

不育症治療費の助成を受けたいので、新見市不育症治療費助成事業実施要綱第 7 条の規定により、必要書類を添えて、次のとおり申請します。

なお、審査にあたり、助成対象者の資格について公簿等により確認されること、必要な場合には医療機関等の関係機関へ照会を行うことについて同意します。

申請者	ふりがな		生年	年
	氏 名		月 日	月 日
	住 所	新見市	連絡先	
配偶者の申請者	ふりがな		生年	年
	氏 名		月 日	月 日
	住 所	新見市	連絡先	
不育症治療の本人負担額		円		
高額療養費・付加給付支給額		円		
交付申請額	本人負担額 円 — 高額療養費・付加給付支給額 円 × 補助率 1 / 2 = 申請額 円 ※千円未満切捨 ※上限 3 万円			

- ※添付書類：(1) 新見市不育症治療費助成事業/不育症治療支援事業受診証明書（様式第 2 号）
(2) 医療機関が発行した医療費の領収書及び診療明細書
(3) 納税等状況調査同意書
(4) 事実婚の場合は事実婚関係に関する申立書（様式第 3 号）
(5) その他必要な書類

助成金振込先

金融機関名	金 庫 銀 行 農 協		本店・支店 支所・出張所
口座番号	(フリガナ)		
預金種別	普通 ・ 当座	口座名義人	