

様式第 1 号(第 7 条関係)

新 見 市 不 育 症 治 療 支 援 事 業 補 助 金 交 付 申 請 書

年 月 日

新見市長 様

申請者 住所_____

氏名_____

新見市不育症治療支援事業補助金交付要綱第 9 条の規定により次のとおり申請します。

1 補助対象事業の内容

補 助 年 度	年度
不 育 症 治 療 等 に 要 し た 費 用	円
交 付 申 請 額	円 (自己負担額) × 2/3 (上限なし)
不 育 症 治 療 等 の 治 療 期 間	開始 年 月 日 終了 年 月 日
添 付 書 類	1 新見市不育症治療助成事業/不育症治療支援事業 受診証明書 2 医療機関が発行した医療費の領収書及び 診療明細書の写し 3 納税等状況調査同意書 4 その他市長が必要と認める書類

※ 担 当 者 所 見	
-------------	--

注 ※印の欄は、記入しないこと。