

様式第 1 号(第 6 条関係)

新 見 市 不 妊 症 対 策 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\_\_\_\_\_

新見市不妊症対策支援事業補助金交付要綱第 6 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 妊 治 療 に 要 し た 費 用 | 円                                                                                                         |
| 交 付 申 請 額           | 円<br>(自己負担額) × 2/3 (上限なし)                                                                                 |
| 不 妊 治 療 の 治 療 期 間   | 開始 年 月 日<br>終了 年 月 日                                                                                      |
| 添 付 書 類             | 1 新見市不妊治療費助成事業/不妊症対策支援事業<br>受診証明書<br>2 医療機関が発行した医療費の領収書及び<br>診療明細書の写し<br>3 納税等状況調査同意書<br>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。