

記載例

真岡市不妊治療費助成事業費補助金交付申請書

令和〇年4月1日

真岡市長 様

申請者 住所 真岡市荒町5191

氏名 真岡 花子

TEL 090-1234-5678

振込口座名義人と同じ方

令和〇年度において、真岡市不妊治療費助成事業について、補助金を交付されるよう、真岡市不妊治療費助成事業費補助金交付要綱第4条の規定により申請します。

また、この補助金に係る審査のため、申請者及びその配偶者の市税納付状況について、真岡市が調査確認することに同意します。

記

申請に係る治療すべてを
記入してください。

治療名	体外受精、顕微授精		
治療を受けた夫婦の氏名	生年月日	住民となった年月日	加入保険名
夫 真岡 太郎	昭和60年4月1日	平成20年4月1日	〇〇健康保険組合
妻 真岡 花子	昭和60年10月1日	平成20年4月1日	国民健康保険(真岡市)
婚姻年月日	平成20年4月1日		
医療機関名	〇〇病院		
治療期間	令和〇年4月1日 ~ 令和〇年3月31日		
保険診療適用外治療費			円
医療保険等からの助成の有無	有・無 (どちらかに〇を)		円
補助金交付申請額			円
振込希望口座	〇〇(銀行)・金庫・農協 〇〇支店(普通)・当座 ふりがな 真岡 花子 口座番号 0123456		

※年度ごとに申請してください。

記入不要
(後日記入)

※ 添付書類

- 真岡市不妊治療費助成事業受診等証明書(領収書コピー可を付)
- ほかに助成金等の受給があるときは、その交付決定通知書等(コピー)

申請者名義の口座
となります。記載
内容について確
認いたしますので、
通帳等をお持ちく
ださい。

市使用欄	住民記録確認	年月日	市税納付状況確認
------	--------	-----	----------