

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2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 印

銀行振込口座名義人と同じ方

TEL 090-1234-5678

ゴム印以外の印鑑  
(シャチハタ不可)  
※訂正する場合、この  
印鑑と同じものを使用

令和2年度において、真岡市不妊治療費助成事業について、補助金を交付するに当たり、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した。  
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を確認し、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	人工授精、体外受精		
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	平成31年4月1日 ~ 令和2年3月31日		
保険診療適用外治療費	円		
国・県からの助成の有無	有・無 (どちらかに〇を)		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。  
(例では令和元年度分の治療期間を記載)

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ける)
- 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(コピー可)

申請者と同じ方の口座

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