様式第１号(第５条関係)

　　年　　月　　日

　小美玉市長　　　　様

 　　　　住　所

申請者

氏　名

小美玉市生殖補助医療費補助金交付申請書

　小美玉市生殖補助医療費補助事業について，交付を受けたいので小美玉市生殖補助医療費補助金交付要綱第５条の規定により，関係書類を添えて申請します。

なお，小美玉市生殖補助医療費補助金の交付決定に係る審査において，私の住民基本台帳及び市税の納付状況に関する情報を閲覧することに同意します。

記

１　補助金申請額 　　　　　　　　　　　　　　円

２　治療の経費　　　　　　　　　　　　　　　　 円

３　治療の期間　　　　　　年　　月　　日　～　　　　　　年　　月　　日

４　夫婦氏名等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 夫 | 妻 |
| 住　　所 |  |  |
| 氏　　名 |  |  |
| 生年月日(年齢) | 年　月　日(　　歳) | 　年　月　日(　　歳) |
| 電話番号 |  |  |

５　備　　　考　(どちらかに○をつける)

・今回が初めての申請

・前回交付を受けた補助(　　年　　月　補助金額　　　　　円)

添付書類

　(1)　小美玉市生殖補助医療費助成事業受診等証明書（様式3-1または様式3-2）及び領収書の写し

(裏面)

○治療を終了した日の年度内に申請できなかった理由(該当するものに○をつける)

　1　治療終了後，体調の都合で申請することができなかったため

　2　その他(以下に具体的な理由を記載)