

様式第 1 号

庄原市不妊検査・一般不妊治療費補助金交付申請書

年 月 日

庄原市長 様

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

関係書類を添えて、次のとおり不妊検査・一般不妊治療費の交付を申請します。

交付対象者	夫	(ふりがな) 氏名	( )	生年月日	年 月 日 ( 歳)
		住 所	〒 _____ 電話 ( )		
	妻	(ふりがな) 氏名	( )	生年月日	年 月 日 ( 歳)
		住 所	〒 _____ 電話 ( )		
自己負担額合計		円			
申 請 額		円 ※広島県の助成額を控除した額 ※上限 5 万円			

【添付書類】

- (1) 広島県不妊検査・一般不妊治療支援事業承認決定通知書の写し
- (2) 広島県不妊検査・一般治療支援事業申請書に添付する不妊治療費助成申請に係る証明書の写し
- (3) 広島県に提出した不妊検査・一般不妊治療に要した治療費(保険外診療)の領収書の写し