

様式第 1 号

庄原市特定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 \_\_\_\_\_

関係書類を添えて、次のとおり特定不妊治療費補助金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 ( )		
助成申請額 (広島県の助成額を 控除した額)		申請額合計 _____ 円 (①+②) 内 訳 (うち男性不妊治療を除く) _____ 円① (うち男性不妊治療分) _____ 円②			
庄原市特定不妊治療 費補助金の交付歴	年度 回	年度 回	年度 回	年度 回	年度 回

【添付書類】

- (1) 広島県不妊治療支援事業承認決定通知書の写し
- (2) 広島県不妊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) 広島県に提出した特定不妊治療に要した治療費(保険外診療)の領収書の写し