

様式第 1 号（第 6 条関係）

庄原市不育症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、次のとおり庄原市不育症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 ()		
申請額		計 _____ 円			

※配偶者が事情により市内に住所を有しない場合で、他市町の補助金の交付を受けている場合は、対象になりません。

【添付書類】

- (1) 不育症治療等実施医療機関証明書（様式第 2 号）
- (2) 不育症治療等を行った医療機関発行の領収書の写し
- (3) 広島県不育症検査費用助成事業の決定を受けた場合は、
 - ・ 不育症検査費用助成申請に係る証明書の写し
 - ・ 不育症検査費用助成事業承認通知書の写し