

記入例

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

令和6年4月1日

庄原市長 様

押印不要

申請者氏名 庄原 海子

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	(しょうばらさぶろう) 庄原 三郎	生年月日	○年△月□日 (●●歳)
		住 所	〒○○○-○○ 庄原市△△町□□番地 電話 ○○○○(△△)□□□□		
	妻	(ふりがな) 氏 名	(しょうばら うみこ) 庄原 海子	生年月日	○年△月□日 (●●歳)
		住 所	〒○○○-○○ 庄原市△△町□□番地 電話 ○○○○(△△)□□□□		
申請額		計 300,000 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。

・令和3年4月1日以降に実施された不育症の治療費及び検査費用に対し助成
・広島県不育症検査費用助成事業による助成を受けた場合は、助成額（上限5万円）を控除した額につき、30万円が上限となりますので、その金額をご記入ください。

【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