

(別記)
様式第1号 (第7条関係)

廿日市市不育症検査費用助成事業申請書兼請求書

年 月 日

廿日市市長 様

(申請者)

氏名

関係書類を添えて、次のとおり不育症検査費用の助成を申請します。
なお、助成決定後は、当該助成金を指定口座に振り込んでください。
また、審査のために必要な場合は、住民票記載内容及び納税状況、他市での不妊治療に係る申請状況について調査されることに同意します。

太枠の中を記入してください。

申請者	受診者	(ふりがな) 氏名	生年月日
			年 月 日 (歳)
		住所	連絡先
		廿日市市	電話 () -

(以下、職員記入)

助成申請額	計算式			市の助成申請額 (※)	
	広島県の不育症検査費用助成申請に係る領収書等の合計金額	広島県の「不育症検査費用助成事業承認通知書」の金額		上限6万円 ※6万円を超える場合は、「6万円」と記入	
	円	-	円		=

《添付書類》

- ① 広島県の「不育症検査費用助成申請に係る証明書」の写し
- ② 広島県に申請時提示した領収書及び明細書の写し
- ③ 広島県の「不育症検査費用助成事業承認通知書」の写し
- ④ 口座振替依頼書

備考 この用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とする