

様式第1号（第6条関係）

総社市不妊に悩む方への特定治療助成金給付申請書

年 月 日

総社市長 様

次のとおり不妊に悩む方への特定治療助成金の給付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

また、審査にあたり総社市が市民税課税台帳等により確認を行うこと並びに、必要な場合には、県及び医療機関へ照会することに同意します。

（口座名義人） 申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名	印		年 月 日
	住 所		電話番号	
配偶者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			年 月 日
	住 所		電話番号	
本市で、過去にこの助成金を受けたことがありますか。 ない ・ ある → 過去（ ）回受けた				
申請額	今回の治療費①	円（保険対象外負担額のみ）		
	県の交付決定額②	円		
	申請額□ ① - ② × 1/2	円（上限10万円：1,000円未満切捨）		
助成金振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協		本店 店 支店 支所 出張所
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

添付書類

- 1 岡山県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診証明書の写し
- 2 住民票（世帯全員）の写し
- 3 岡山県不妊に悩む方への特定治療支援事業承認決定通知書の写し

受付印欄	総社市記入欄		
	決定年月日	年 月 日	給付・不給付
	助成金額	円	