様式第１号（第７条関係）

笠岡市不妊治療支援事業補助金交付申請兼実績報告書（生殖補助医療・一般）

年　　月　　日

笠　岡　市　長　　殿

下記のとおり，不妊治療費の補助を受けたいので，関係書類を添えて申請し，その実績を報告します。

なお，審査に当たり必要な場合には，世帯員全員の市税及び税外収入金の納付状況・住民基本台帳・市民税課税台帳等の状況を確認されることを承諾します。

記

申請者	ふりがな		生年月日	年　月　日
	氏　名		電話番号	
	住　所	〒 笠岡市	加入保険者名	
申請者の配偶者	ふりがな		生年月日	年　月　日
	氏　名		電話番号	
	住　所	〒 笠岡市	加入保険者名	
申請区分		□保険診療　□保険診療＋先進医療　□自由診療（全額自己負担）		
婚姻年月日		年　月　日		
不妊治療対象児		第　子		
申請金額等		金　円		

※市記入欄	住定日	年　月　日	滞納状況	可　・　否
	治療開始日	年　月　日	補助回数	回
	決定年月日	年　月　日	承認　・　不承認	
	備考			