様式第１号（第５条関係）

笠岡市不育治療支援事業補助金交付申請書

年　　月　　日

笠　岡　市　長　　殿

下記のとおり，不育治療費の補助を受けたいので，関係書類を添えて申請します。

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・市民税課税台帳等により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			
	住　所	〒 笠岡市	電話番号	
申請者の配偶者	ふりがな		生年月日	年　月　日
	氏　名			
	住　所	〒	電話番号	
婚姻年月日		年　月　日		
不育治療対象児		第　子		
医療機関	住　所			
	名　称			
申請金額等		金　円　回目		

≪添付書類≫

□不育治療支援事業受診証明書（様式第２号）

□不育治療支援事業調剤証明書（様式第３号）

□医療機関の発行する領収書・明細書

□その他市長が必要と認める書類

※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			