

様式第1号(第3条関係)

不妊症対策支援事業補助金交付申請書

年 月 日

吉備中央町長 様

申請者
住 所
氏 名

吉備中央町不妊症対策支援事業補助金交付規則第3条の規定により、次のとおり申請します。

補助事業 対 象 者 (患者名)	住 所		氏 名	生年月日
	夫			年 月 日生
	妻			年 月 日生
婚姻年月日	年 月 日			
医療機関記入欄 (証明)	上記の者について、次のとおり治療を実施したので証明いたします。 年 月 日 医療機関 所在 名称 主治医			
	病 名 (特記事項)			
	治療期間		年 月 日 から 年 月 日 まで	
	治療金額 ※先進医療は 対象外		医療保険対象外治療費： 円	
			医療費対象治療費（生殖補助医療分）： 円	

添付書類 医療機関の発行する領収書

この補助金の交付を受けるにあたって、吉備中央町不妊症対策支援事業補助金交付規則に則り、必要に応じて、町が所有する申請者及びその者と生計を一にする者の個人情報及び書類、並びに医療機関等が所有する申請者の情報及び書類を町が収集することに同意します。	
署名日 年 月 日	
署 名	