

様式第1号（第6条関係）

富士見市不妊治療補助金交付申請書

申請日をご記入ください

年 月 日

（宛先）富士見市長

忘れずに押印ください

「申請者」は、請求書の「請求者」「口座名義人」と同じ方でご記入ください

申請者

住 所 **富士見市鶴3351-2**

氏 名 **富士見 未来** ㊟

電話番号 **049 (252) 3773**

富士見市不妊治療補助金の交付を受けたいので、補助金等の交付手続等に関する規則第4条の規定により、下記のとおり申請します。

実施証明書の4. 今回の治療費用の領収年月日及び領収金額と領収書の日付、金額の合計を確認の上ご記入ください

県の決定通知書を確認ください

1 交付申請額		100,000 円※
清算内訳	ア 対象経費	543,210 円 (A)
	イ 県助成金	300,000 円 (B)
	ウ 計算式 ((A) - (B))	243,210 円 (C)
	エ (C)の1,000円未満切り捨て	243,000 円 (D)

※ (D) と 10万円のいずれか低いほうの額を補助金交付申請額に記入する。

2 添付書類

- (1) 不妊治療実績報告書（様式第2号）
- (2) 都道府県等不妊治療費助成事業不妊治療実施証明書の写し
- (3) 都道府県等不妊治療費助成事業助成金支給決定通知書の写し
- (4) 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証する書類
- (5) 不妊治療に要した費用の領収書