

様式第1号（第7条関係）

富士見市不妊検査・不育症検査補助金交付申請書

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

富士見市鶴馬 3351-2

氏 名

富士見 未来

㊞

電話番号

049 (252) 3773

富士見市不妊検査・不育症検査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。

記

1 対象検査 不妊検査 不育症検査

※該当する検査にを付けてください。

2 交付申請額 20.000 円

（清算内訳）

ア 補助の対象となる経費の総額 32.100 円…(A)

イ アの額から千円未満を切り捨てた額 32.000 円…(B)

※(B)と2万円を比較していずれか低い方の額を交付申請額欄に記載してください。

3 添付書類

(1) 次に掲げる証明書

ア 不妊検査を受けた者 不妊検査実施証明書（様式第2号）

イ 不育症検査を受けた者 不育症検査実施証明書（様式第3号）

(2) 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証する書類

(3) 指定医療機関又は指定医療機関と連携する泌尿器科を標榜する医療機関が発行する領収書原本

不育症検査実施証明書の「助成対象となる不妊検査に係る患者負担（領収額）」と、領収書の金額の合計を確認の上ご記入ください