記入例

様式第１号（第６条関係）

申請日

高梁市不育治療費助成金交付申請書

令和５年 12 月　１日

高梁市長　　様

次のとおり、不育治療費の助成を受けたいので高梁市不育治療費助成金交付要綱第６条の規定によって関係書類を添えて申請します。

なお、審査にあたり、記載内容及び市税の滞納の有無、本市への居住歴について公簿により確認されること、必要な場合には高梁市以外の自治体への同様の申請の有無について照会することを承諾します。

申請者	フリガナ	タカハシ　ハナコ	生年月日	平成２年　８月 30 日生（33）歳
	氏名	高梁　花子 （自署又は記名押印）		
配偶者	フリガナ	タカハシ　タロウ	生年月日	昭和 60 年　９月 10 日生（37）歳
	氏名	高梁　太郎 （自署又は記名押印）		
申請者住所		〒716-8501 高梁市松原通２０４３番地　　電話番号 0866-21-0200		
配偶者住所 ※申請者と異なる場合のみ記入		〒		
不育治療の本人負担額		円		
助成金申請額		金　　円		

不育治療受診証明書(様式第２号)の領収金額(本人負担額の合計)

添付書類　(1)　指定医療機関が発行する不育　　証明書（様式第２号）
(2)　指定医療機関が発行
(3)　事実婚関係に関する
(4)　その他市長が必要と

不育治療本人負担額　÷　２

※上限 30 万円（1,000 円未満の端数は切り捨てる）

※市記入欄	初			受付印
	市住			
	市 税			
	決			

記入しない