

年 月 日

(宛先)

倉吉市長

申請者 住所

氏名 ㊟

(団体にあっては、名称及び代表者の氏名)

補助金等交付申請書

平成 年度倉吉市不育治療費等助成金の交付を受けたいので、倉吉市補助金等交付規則第5条の規定により、次のとおり申請します。

なお、助成における審査に当たり、私及び配偶者の市税等を照会することについて承諾します。

記

- 1 補助事業等の名称 倉吉市不育治療費等助成金
- 2 算定基準額（見込み） 円
- 3 交付申請額 円
- 4 添付書類
 - (1) 不育治療等実施計画書
 - (2) 不育治療等実施医療機関証明書
 - (3) 夫及び妻の住所を確認できる書類
 - (4) 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類
 - (5) 夫及び妻の医療保険証の写し

様式第2号（第5条関係）

倉吉市不育治療等実施医療機関証明書

受診者	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
実施した不育治療等	期 間	年 月 日～ 年 月 日
	検 査 又 は 治 療 を 必 要 と した 理 由	
	検 査 又 は 治 療 の 内 容	
	領 収 金 額	円
	上記のとおり、不育治療等に係る費用を領収したことを証明します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 医療機関 所在地 名 称 主治医 （ <input type="checkbox"/> 生殖医療専門医） 電 話	

- 1 同一年度内に複数の医療機関で不妊治療等を受診した場合は、医療機関ごとにこの書類を作成してください。
- 2 主治医が生殖医療専門医である場合は、主治医の欄の「」にレ印を記入してください。

年 月 日

(宛先)

倉吉市長

申請者 住所

氏名 ㊟

(団体にあっては、名称及び代表者の氏名)

補助事業等実績報告書

年 月 日 第 号で交付決定のあった倉吉市不育治療費等助成事業の実績について、倉吉市補助金等交付規則第17条第1項の規定により、次のとおり報告します。

記

補助金等の名称	倉吉市不育治療費等助成金	
交 付 決 定	算 定 基 準 額	交 付 決 定 額
	円	円
実 績	円	円
差 引	円	円
添 付 書 類	1 不育治療等実施報告書 2 不育治療等実施医療機関証明書 3 医療機関が発行した不育治療に係る領収書の写し	

年 月 日

(宛先)

倉吉市長

申請者 住所

氏名

㊟

補助金等支払請求書

年 月 日 第 号で交付決定（確定）のあった倉吉市不育治療費等助成金の支払いについて、倉吉市補助金等交付規則第20条の規定により、次のとおり請求します。

記

- 1 補助事業等の名称 倉吉市不育治療費等助成金
- 2 交付決定（確定）額 円
- 3 支払請求額 円
- 4 精算払、概算払の別
- 5 添付書類
(1) 交付決定通知書の写し
(2) 補助金等受入額調書

助成金は、次の口座に振り込んでください。

(宛先) 会計管理者

金融機関名 _____ 支店名 _____

預金種別 普通預金 ・ 当座預金 ・ その他 (_____)

口座番号 _____

(ふりがな)

口座名義人 _____

様式第 7 号 (第 20 条関係)

補助金等受入額調書

補助金等の名称	倉吉市不育治療費等助成金
交付決定(確定)額	円
受入済額(受領日)	円 (年 月 日)
	円 (年 月 日)
	円 (年 月 日)
今回支払請求書	円
差引支払未請求額	円