

様式第1号（第6条関係）

南牧村不妊及び不育治療助成事業補助金交付申請書

年 月 日

（申請先）南牧村長

住 所 番地
氏 名 ⑩
電 話 ()

南牧村不妊及び不育治療助成事業補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1. 補助金申請額

項 目	金 額
① 補助金交付対象経費	円
② 県助成額	円
③ 交付対象経費残額 (①－②)	円
④ 補助金の額 (③×7/10)	円

2. 補助金の振込先

口座名義人	金融機関名	支店等名	口座番号

（添付書類）・南牧村不妊及び不育治療助成事業医師証明書（様式第2号）

・不妊治療費等を証明する領収書

※以下の内容をご確認いただき、ご了承願います。

・対象条件確認のため、住民基本台帳情報等を確認させていただきます。
・助成判定のため、受診医療機関・保健福祉事務所等へ情報を確認する場合があります。
情報の取扱いには十分留意し、個人情報の保護を厳守いたします。
以上の内容に同意します。 年 月 日 夫氏名 _____
妻氏名 _____

様式第2号（第6条関係）

南牧村不妊及び不育治療助成事業医師証明書

年 月 日

医療機関所在地

名 称

主治医

印

下記の者について、不妊治療・不育治療を行ったことを証明します。

記

	氏 名	生 年 月 日
夫		
妻		
診療期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
診療額	(保険診療適用外負担額) 円	
主な治療	該当する治療方法に○をしてください。 1 不妊治療 2 不育治療 3 不妊治療及び不育治療	
特記事項		