

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) 初回治療の上限額 750,000円 2回目以降治療の上限額 500,000円	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。

<p>・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 _____</p>
--