

様式第1号（第6条関係）

宇佐市不育治療費助成金交付申請書

年 月 日

宇佐市長 宛て

申請者

住所

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり、宇佐市不育治療費助成金の交付を受けたいので、宇佐市不育治療費助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、申請にあたっては、宇佐市が不育治療の実施に関して治療を行った医療機関等に照会することについて同意します。

記

申請者記入欄	
氏 名	生 年 月 日
	年 月 日
本件申請に係る不育治療費について県又は市町村からの助成金受領の有無	有・無
交付を受けようとする助成金の額	円

(添付書類)

- 1 医療実施証明書（様式第2号）
- 2 申請する不育治療に係る領収書
- 3 その他市長が必要と認める書類

市 記 入 欄	
今年度の既交付額	円
今回の交付決定額	円