

令和 年 月 日

貝塚市長 様

住 所 _____

氏 名 _____ 印

連 絡 先 _____

貝塚市不育症治療費助成金交付申請書

令和 年度貝塚市不育症治療費助成金の交付を受けたいので、貝塚市不育症治療費助成金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。また、貝塚市が内容を審査する上で必要があると判断した場合において、不育症治療を行った医療機関に対し、貝塚市が治療内容や治療費等について照会を行うこと及び医療機関がその照会内容に対し回答することを了承します。

記

1. 助成金交付申請額 金 _____ 円

2. 助成対象経費 金 _____ 円

3. 添付書類

- (1) 貝塚市不育症治療費助成金受診等証明書（様式第2号）
- (2) 医療機関が発行する領収書及び診療明細書
- (3) その他市長が必要と認める書類

【注意】

助成金の交付申請は、不育症治療を受けた日の属する年度ごとに、当該年度の末日又は当該不育症治療を受けた日の翌日から起算して6か月を経過した日のいずれか遅い日までに行ってください。