

# 記入例

様式第1号（第7条関係）

富士見市不妊検査・不育症検査補助金交付申請書

〇〇年 〇月 〇日

(宛先) 富士見市長

申請日をご記入ください

申請者

「申請者」は、請求書の「請求者」  
「口座名義人」と同じ方でご記入ください

住 所 富士見市鶴馬 3351-2  
氏 名 富士見 未来  
電話番号 049 ( 252 ) 3774

富士見市不妊検査・不育症検査補助金の交付を受けたいので、補助金等の交付  
手続等に関する規則第4条の規定により、下記のとおり申請します。

記

- 1 対象検査  不妊検査  不育症検査  
※該当する検査にを付けてください。

- 2 交付申請額 \_\_\_\_\_ 円  
(清算内訳)

ア 補助の対象となる経費の総額 \_\_\_\_\_ 円…(A)

イ アの額から千円未満を切り捨てた額 \_\_\_\_\_ 円…(B)

※交付申請額欄に(B)の金額（検査開始時に妻の年齢が35歳未満の場合は3万円、  
35歳以上の場合は2万円が上限額となります。）を記載してください。

- 3 添付書類

(1) 次に掲げる証明書

ア 不妊検査を受けた者 不妊検査実施証明書（様式第2号）

イ 不育症検査を受けた者 不育症検査実施証明書（様式第3号）

(2) 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証する書類

(3) 指定医療機関又は指定医療機関と連携する泌尿器科を標榜する医療機関が発  
行する領収書原本