

様式第1号（第5条、別表関係）

年　月　日

伊万里市長　　様

年度伊万里市不妊治療等エンゼルサポート事業費補助金交付申請書

伊万里市不妊治療等エンゼルサポート事業について、補助金の交付を受けたいので、伊万里市補助金等交付規則第3条及び伊万里市不妊治療等エンゼルサポート事業費補助金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

申請者	夫	妻
ふりがな 氏　名 (自署)		
個人番号		
生年月日	年　月　日	年　月　日
住　所	〒	〒
電話番号		

申請額	不妊検査 (A) 上限2万円	円
	不妊治療 (B) 上限3万円	円
	合　計　(A) + (B) 上限5万円	円

なお、この申請を行うに当たり、伊万里市が行う次の事項について同意及び誓約します。

- 自己又は配偶者が伊万里市暴力団排除条例（平成24年条例第1号）第2条第4号に規定する暴力団等ではありません。
- 上記の制約が虚偽であると判明した場合、申請の却下、決定の取消し等がなされても異議申立ては一切いたしません。
- 申請に係る不妊治療等の実施状況について実施医療機関に照会すること。
- 市税、国民健康保険税、介護保険料の納付状況を調査すること。

(添付書類)

- ・伊万里市不妊治療等エンゼルサポート事業に係る受診証明書（検査用）（様式第2号）又は伊万里市不妊治療等エンゼルサポート事業に係る受診証明書（治療用）（様式第2号の2）
- ・領収書の写し
- ・その他必要書類