

補助金交付申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日
*窓口で申請する日を記入

(宛先) 茅ヶ崎市長

住所 茅ヶ崎市茅ヶ崎1-8-7

申請者 氏名 茅ヶ崎 太郎

印

朱肉を使用し、申請の際は押印した印をお持ちください

電話 0467(38)3314

令和〇〇年度茅ヶ崎市特定不妊治療費補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 補助事業の目的及び内容

目的 補助金の交付を受けることにより、特定不妊治療における経済的負担を軽減するため

内容 特定不妊治療

2 治療の期日

令和〇〇年〇〇月〇〇日から 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで
*「神奈川県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書」の「今回の治療期間」を記入してください

3 交付申請額 〇〇〇, 〇〇〇円*1

*補助限度額10万円または4で算出した金額のいずれか少ない額を記入してください。
補助金は申請者名義の口座に振り込まれます

4 交付申請額の算出方法

$$\frac{\text{今回の特定不妊治療に要した費用}}{\text{〇〇〇, 〇〇〇円}} \times 2 - \frac{\text{当該特定不妊治療に係る県助成金の額}}{\text{〇〇〇, 〇〇〇円}} \times 3$$

$$= \frac{\text{県から受けた助成額を控除した額}}{\text{〇〇〇, 〇〇〇円}} \times 4$$

*2 保険診療外に限ります

*3 県の「特定不妊治療費助成事業承認決定通知書」に記載されている金額を記入してください。但し、県に2回分まとめて申請した場合は、1回分の治療のみが茅ヶ崎市での助成対象となりますので、いずれか1回分の県の助成金額を記入してください。

*4 この金額に対して、茅ヶ崎市では1年度あたり1回限り10万円を限度に助成します。助成は通算2年度受けることができます。