

補助金交付申請書				
① 令和〇年〇〇月〇〇日				
(宛先) 茅ヶ崎市長				
② 令和〇年度茅ヶ崎市不育症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。				
③ 申請者	氏名	茅ヶ崎 花子	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
	住所	茅ヶ崎市茅ヶ崎1-1-1		
	電話番号	0467-38-3314		
④ 配偶者	氏名	茅ヶ崎 太郎	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
	住所	茅ヶ崎市茅ヶ崎1-1-1		
	電話番号	0467-38-3314		
⑤ 治療の期間	令和〇年〇〇月〇〇日～令和〇年〇〇月〇〇日（病院名：えぼしクリニック）			
	令和〇年〇〇月〇〇日～令和〇年〇〇月〇〇日（病院名：岩クリニック）			
⑥ 交付申請額	97,000円			
⑦ 交付申請額の算出方法	100,000円-3,000円(文書料)=97,000円			

<書き方>

補助金交付申請書

- ① 窓口で申請する日をご記入ください。
- ② 該当年度 をご記入ください。

※1年度=4月1日～翌年3月31日

(例) 申請日が令和8年4月→「令和8」と記入します。

- ③ 申請者と請求書及び口座振替の名義人は、同一の方となります。

生年月日は和暦でご記入ください。

- ③ 配偶者の情報をご記入ください。生年月日は和暦でご記入ください。

- ⑤ 紹介先医療機関がある場合は、紹介元医療機関及び紹介先医療機関でのそれぞれの治療期間をご記入ください。

- ⑥ 交付申請額は、助成上限額（10万円）をご記入ください。

※ただし、交付申請額の算出の結果、金額が助成上限額に満たない場合はその額をご記入ください。(例のとおり)

- ⑦ 交付申請額の算出方法

(例) ¥100,000 - ¥3,000 = ¥97,000

今回の治療費用 - 対象外費用 = 申請額