

平成〇〇年〇月〇日

総合事務所長
福祉保健事務所長 } 様申請者 住所 **鳥取市東町1丁目220番地**
氏名 **鳥取 太郎** ①平成 **27** 年度鳥取県人工授精助成金交付申請書兼実績報告書

標記助成金の交付を受けたいので、鳥取県補助金等交付規則第5条の規定により下記のとおり申請するとともに、同規則第17条第1項により下記のとおり実績を報告します。

記

	(ふりがな) 氏名	生年月日(※1)
夫	(とっとり たろう) 鳥取 太郎	昭和・平成 〇〇年〇月〇日 (〇〇歳)
妻	(とっとり はなこ) 鳥取 花子	昭和・平成 〇〇年〇月〇日 (〇〇歳)
住所1 (※2)	〒 680-8570 鳥取市東町1丁目220番地	電話 0857 (26) 7572
住所2 (※3)	〒 <input type="text" value="夫婦の住所が異なる場合に記載してください"/>	電話 ()
過去にこの助成金を受けたことがありますか ない・ <input checked="" type="radio"/> ある → 「ある」の場合：受給年度：平成〇〇年度)		
今回の治療結果はいかがでしたか 妊娠した・ <input type="radio"/> 妊娠しなかった・不明 <input type="text" value="治療結果に〇をしてください。"/>		
他の補助金の活用の有無 無・ <input type="radio"/> 有 ※今回申請する人工授精に要した費用について、既に他の補助金等を受けている場合は「有」に〇をしてください。なお、県の交付決定後、住所地の市町村等に助成金の申請を行う場合は「無」に〇をしてください。		
「有」の場合 ① 活用する補助金名 (<input type="text" value="今回申請分について、既に他の助成金を受けている場合は「有」に〇をし、①～③を記載してください。"/>)		
② その事業内容 (<input type="text" value=""/>)		
③ 当該補助金に係る問い合わせ先 (<input type="text" value=""/>)		
算定基準額	金	円
交付申請(実績報告)額	金	円

*算定基準額
治療費総額－助成対象外経費

*交付申請(実績報告)額
算定基準額×1/2 (1円未満切り捨て)

※1 申請日時点における年齢を記入する。

※2 夫婦の住所を記入する。 ※3 単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入する。

【添付書類】

- (1) 医療機関が発行する鳥取県人工授精助成事業受診証明書(様式第6号)
- (2) 医療機関が発行する助成対象経費にかかる領収書の写し
- (3) 夫及び妻の住民票
- (4) 住民票で夫婦であることが確認できない場合にあっては、法律上の婚姻をしていることが確認できる書類(戸籍抄本等)
- (5) 夫及び妻の所得の額を証明する書類(所得・課税証明書又は児童手当用の所得証明書)

※(5)については、前回申請時に提出したものと同一場合は添付を省略することができる。