様式第１号（第６条関係）

　　年　　月　　日

常陸太田市長　殿

常陸太田市不妊治療費助成金交付申請書

　　　　　　　　　　　　　申請者　住　　所

　　　　　　　（フリガナ）

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

常陸太田市不妊治療費助成金の交付を受けたいので，常陸太田市不妊治療費助成金交付要項第６条の規定により，関係書類を添えて申請します。

なお，助成金の交付事務に当たり，住民基本台帳を確認すること及び領収書の内容について医療機関に確認することを同意します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 申請額 | 　　　　　　　　　　　　　　円（100,000円と自己負担額を比較して低い方の額） |
| 治療期間 | 　　　　年　　月　　日～　　　　　年　　月　　日 |
| 備　考 | □初回申請　　　□２回目以降の申請（　　　　回目） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 配偶者等 | （フリガナ）氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　年　　月　　日 | 電話番号 |  |
| 住　　所 |  |

＜添付書類＞

（1）茨城県不妊治療費助成事業受診等証明書の写し又は常陸太田市不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第２号）

（2）指定医療機関の発行する領収書の写し

（3）婚姻関係が確認できる書類の写し又は事実婚関係に関する申立書（様式第３号）

（4）住所が確認できる書類（個人番号カード，運転免許証等）の写し

（5）健康保険証等の写し

（6）茨城県不妊治療費補助金の交付決定を受けた者については，茨城県不妊治療費

　　補助金交付決定及び額の確定通知書の写し