様式第１号（第６条関係）

　　年　　月　　日

常陸太田市長　殿

常陸太田市不育症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

常陸太田市不育症治療費助成金の交付を受けたいので，常陸太田市不育症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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 不育症治療等に要した費用  （保険診療分は除く） | | 円 |
| 助成金申請額（上記費用の1/2　　100,000円  を限度，1,000円未満切捨て） | | 円 |
| これまでの  助成の有無 | 有　・　無 | 有の場合：いつ（　　　　年　　　月）  　　　　助成金（　　　　　　　　円） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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)　常陸太田市不育症治療医療機関証明書（様式第２号）

(2)　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)　健康保険証の写し