

様式第 1 号(第 6 条関係)

城里町不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

城里町長 様

____年度城里町不妊治療費助成事業について、助成金の交付を受けたいので、
関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

		申請者	配偶者
フリガナ			
氏名		(夫・妻)	(夫・妻)
住所		茨城県東茨城郡 城里町	
電話番号			
生年月日		年 月 日(歳)	年 月 日(歳)
婚姻年月日		年 月 日	
治療開始年齢		歳	歳
今 回 の 治 療	☐ 先進医療 ☐ 保険適用 外の生殖補助 医療(4回目以 降)	城里町で不妊治療の助成金を受けるのは初めてですか。 ☐ はい ☐ いいえ、過去に受けたことがあります →今回の申請は通算()回目 →助成を受けた後、出産はしましたか ☐ はい(出産日： 年 月 日) ☐ いいえ	
助成対象治療費		<u>合計</u> 円 (1回の治療につき、保険適用と併用して実施された先進医療 または自費の生殖補助医療にかかった費用)	
助成申請額		<u>金</u> 円 ※上記金額と助成上限額のいずれか低い方の 金額を記入してください	
☐ 治療開始日において、夫又は妻のいずれかが1年以上城里町内に住所を有しています。			
☐ 審査に当たり、必要な範囲で住民基本台帳及び町税等の収納状況について、照会することに同意します。			

裏

振込先口座

金融機関名		本・支店名	
銀行・信用金庫 信用組合・農協・漁協		本・支店 本・支所 出張所	
口座種別	口座番号	口座名義(カタカナ)	
1 普通 2 当座			

※申請者名義の口座情報をご記入ください。

※添付書類

- 1 城里町不妊治療受診等証明書（様式第2号）
- 2 医療機関発行の領収証及び診療明細書の写し
- 3 振込先の通帳の写し等、口座情報がわかるもの