

桜川市不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

桜川市長 様

不妊治療費助成金の交付を受けたいので、桜川市不妊治療費助成金交付要綱第 6 条の規定により関係書類を添えて、下記のとおり申請（請求）します。

記

代 表 申 請 者	(フリガナ) 氏 名	(夫 ・ 妻) (自署)							
	生年月日	年 月 日生		治療開始日の年齢 () 歳					
	住 所	〒 桜川市							
	電話番号								
申 請 者	(フリガナ) 氏 名	(夫 ・ 妻) (自署)							
	生年月日	年 月 日生		治療開始日の年齢 () 歳					
	住 所	〒 ※代表申請者と異なる場合に記載							
	電話番号								
婚姻年月日		年 月 日		☐ 事実婚（戸籍謄本及び申立書を添付）					
申 請 額		金 円		※助成上限額と治療費の自己負担額を比較して低い方の額					
代 表 申 請 者 振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協				本 店 支 店 出張所			
	預 金 種 別	普通 当座	フリガナ						
			口座名義						
口 座 番 号									(左詰記入)
☐ 助成要件確認のため、住民基本台帳及び市税の納付状況について市が確認し、支給要件に関する事項を照会することについて同意します。									
☐ 治療開始日から申請日までの間、夫婦のいずれか一方が桜川市内に住所を有しています。									
☐ この申請に係る不妊治療について、桜川市以外の地方公共団体の助成は受けていません。									
☐ そのほかこれに係る事項について、必要に応じて他地方公共団体に照会することについて同意します。									

※添付書類

- 1 桜川市不妊治療費受診等証明書（様式第 2 号）
- 2 領収書及び明細書
- 3 戸籍上の夫婦であることを証明する書類（戸籍謄本）
- 4 その他関係書類
- 事実婚関係にある場合は、夫婦それぞれの戸籍謄本及び事実婚関係に関する申立書

市 使 用 欄	今回治療開始時妻年齢： 歳（43歳以上は対象外）		
	初回治療開始時妻年齢： 歳	☐ 40歳未満→通算 6 回まで ☐ 40歳～42歳→通算 3 回まで	保険診療による治療実施回数：通算 回目
	申請回数：先進医療分 回目 / 保険適用外生殖補助医療分 回目		
	住民票照会日：	税情報照会日：	備考欄：

市町村は、申請内容等を台帳として管理し、氏名、生年月日等の個人が特定される情報を除いた形で茨城県へ報告することがあります。県はそれらのデータを本事業の効果検証及び事業改善のために利用します。