

様式第3号 (第6条関係)

ひたちなか市特定不妊治療費助成金交付請求書及び口座振替依頼書

年 月 日

ひたちなか市長 殿

申請者 住 所  
(フリガナ)  
氏 名

Ⓜ

電話番号

次のとおりひたちなか市特定不妊治療費助成金の交付を請求します。なお、交付決定された助成金については下記口座へ振替願います。

1 茨城県不妊治療費助成事業受診等証明書の領収金額 (※)	特定不妊治療費 (男性不妊治療費を除く) 金 円 男性不妊治療費 金 円
2 県補助金の額	特定不妊治療費 (男性不妊治療費を除く) 金 円 男性不妊治療費 金 円
3 茨城県不妊治療費助成事業受診等証明書の領収金額から県補助金の額を差し引いた額 (1-2)	特定不妊治療費 (男性不妊治療費を除く) 金 円 男性不妊治療費 金 円
4 助成金交付請求額 (3が75,000円以上の場合は75,000円を助成金の額とし, 3の額が75,000円未満の場合は3の額を助成金の額とする。)	特定不妊治療費 (男性不妊治療費を除く) 金 円 男性不妊治療費 金 円

※注 次に掲げる要件を全て満たし、連携医療機関又は薬局に支払った金額を合算して請求する場合は、合算した金額を記入すること。

- (1) 受診等証明書の備考欄に連携医療機関の名称又は院外処方を行った旨が記載されていること。
- (2) 連携医療機関又は薬局の行った治療が受診等証明書に記載された治療期間内に行われ、医療保険の対象外であること。
- (3) 連携医療機関又は薬局に支払った費用が受診等証明書の領収金額に含まれていないこと。

金融機関名	銀行・信金 信組・労金 農協	本店・支店 本所・支所 出張所
金融機関コード (4桁)	支店コード (3桁)	
口座番号	普通	
フリガナ		電話番号
口座名義人		