

様式第1号 (第6条関係)

ひたちなか市特定不妊治療費助成金交付申請書

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

ひたちなか市特定不妊治療費助成金の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

特定不妊治療を受けている医療機関の名称 (県指定医療機関の名称)	
治療年月日	年 月 日 ~ 年 月 日

配偶者等	住 所	
	(フリガナ)	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	電 話 番 号	

備考 「配偶者等」とは、法律婚関係にある者又は事実婚関係にある者をいいます。

【添付書類】

- (1) 茨城県不妊治療費助成事業受診等証明書 (県交付要項様式第2号)
- (2) 茨城県不妊治療費補助金交付決定及び額の確定通知書 (県交付要項様式第3号)
- (3) ひたちなか市特定不妊治療費助成金交付申請に係る状況照会に関する同意書 (様式第2号)
- (4) 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 (様式第3号)
- (5) 連携医療機関又は薬局が発行した領収書 (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に限る。)
 - ア 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。
 - イ 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。
 - ウ 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。
- (6) その他