

記入例

様式第1号（第6条関係）

ひたちなか市不育症検査・治療費助成申請書兼請求書

シャチハタは使
用しないでくださ
い。

日中連絡のとれ
る番号をお書き
ください

申請者	住所			
	氏名	⑨ (年 月 日生)	電話番号	
配偶者 自署又は 記名押印	住所			
	氏名	(年 月 日生)	電話番号	
助成対象経費		110,000 円	受診証明書の『不育症検査及び治療に要した費用』の欄に記載された金額を記入	
県助成決定額		70,000 円	茨城県不育症検査費助成事業実施要項による助成金の決定額を記入	
助成基礎額		40,000 円	助成対象経費から県助成決定額を差し引いた額を記入	
助成金申請額		40,000 円	助成基礎額と5万円のいずれか低い額を記入	
金融機関名	郵便局は除きます。ゆうちょ銀行はお振込みできます。		銀行・信金 信組・労金 農協	ゆうちょの場合漢数字3桁 例：三一二 本店・支店 本所・支所 出張所
金融機関コード			支店コード	預金種別 普通・その他 ()
口座番号	申請者名義の口座を記入		フリガナ 口座名義人	

ひたちなか市不育症検査・治療費助成要綱第6条第1項の規定により、関係書類を添付して、上記のとおり申請及び請求をします。また、不育症検査・治療費助成金の交付の審査に際し、次の事項について、閲覧、照会、調査等を行うことについて同意します。

- 1 婚姻及び居住の状況（住民基本台帳等の閲覧、照会等）
- 2 医療機関において行われた不育症治療等の状況、費用等
- 3 他の地方公共団体からの不育症治療等に係る助成金、補助金等の受給状況
- 4 その他助成金の交付申請の審査に関し、市長が必要と認める事項

添付書類	1 戸籍謄本（婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にある夫婦にあつては、別に定める申立書）
	2 申請者及びその配偶者の住民票の写し
	3 申請者及びその配偶者の市税の納税証明書（未納がないことの証明）又は納税状況確認同意書
	4 茨城県不育症検査費補助金交付決定及び額の確定通知書（茨城県不育症検査費助成事業実施要項及び茨城県不育症検査費補助金交付要項に基づく助成の対象となる不育症治療等を受けたものに限る。）
	5 ひたちなか市不育症検査・治療費助成に係る受診証明書（様式第2号）
	6 医療機関が発行した不育症治療等に係る領収書及び不育症治療費等の内訳が分かる明細書
	7 1から6までに定めるもののほか市長が必要と認めるもの
※ 1及び2に掲げる書類については、市が公簿等によりその事実を確認することができる場合には、添付を省略することができます。	

ひたちなか市処理欄

<input type="checkbox"/> 住民となった日	夫	年 月 日	妻	年 月 日
<input type="checkbox"/> 公簿確認（戸籍・住民基本台帳）			<input type="checkbox"/> 市税滞納（有・無）	
年 月 日 確認者 ()			年 月 日 確認者 ()	

年 月 日

ひたちなか市不育症検査・治療費助成に係る受診証明書

ひたちなか市長 殿

医療機関 名称
所在地
主治医氏名

下記のとおり，不育症に係る検査又は治療（保険適用外診療）を実施し，これらに要する費用を徴収したことを証明します。

記

医療機関記入欄

(フリガナ) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
不育症検査及び治療の 期間※1	年 月 日～ 年 月 日			
診断名				
検査内容				
治療内容				
不育症検査及び治療に 要した費用※2	110,000 円			
備考※3				

- ※1 令和5年4月1日以後に行われた不育症検査及び検査が対象です。
- ※2 入院時における差額ベッド代、食事代、文書料その他の不育症検査及び治療に直接関係のない費用は、助成対象外のため、不育症検査及び治療に要した費用から除いてください。
- ※3 領収金額に、主治医の指示により主治医の属する医療機関以外の医療機関で行った治療費や、院外処方などで支払った費用を含めた金額が記載できない場合は、医療機関名や薬局名等を記載してください。

参考様式（第6条関係）

ひたちなか市長

事実婚関係に関する申立書

私たち2人については、事実婚関係にあります。また、不育症治療等の結果、出生した子について認知します。

別世帯になっている理由

理由をご記入ください。

※夫婦が別世帯になっている場合に記入してください。

代表申請者 住所 _____

署名 _____

配偶者 住所 _____

署名 _____

納税状況確認同意書

ひたちなか市長 大谷 明 殿

ひたちなか市不育症検査・治療費助成の申請に当たり、ひたちなか市子ども未来課長が市税の納付状況を所管課へ照会することについて同意します。

令和 年 月 日

住所
氏名

ひたちなか市〇〇〇〇

印

シャチハタは使
用しないでくださ
い。