

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

配偶者 自署又は 記名押印	住所				
	氏名	(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		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		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		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		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		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				支店コード	預金種別 普通・その他 ()
口座番号				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っては、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

☐ 住民となった日	夫	年 月 日	妻	年 月 日
☐ 公簿確認（戸籍・住民基本台帳）			☐ 市税滞納（有・無）	
年 月 日 確認者 ()			年 月 日 確認者 ()	