

様式第 1 号（第 5 条関係）

日付は未記入で  
お願いします

年 月 日

ひたちなか市不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

夫婦のいずれかが市民の場合、  
申請者は市民の方で記入してく  
ださい

第 5 条第 1 項の規定により、関係書類を添えて、

|                                                                                            |               |                                       |                                                |                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 申請者                                                                                        | (フリガナ)<br>氏 名 | ( ) ( 夫 ・ 妻 )                         |                                                |                                                         |
|                                                                                            | 生年月日          | 年 月 日生                                | 治療開始                                           | 日中連絡のとれる番号<br>を記入してください                                 |
|                                                                                            | 住 所           | 〒                                     |                                                |                                                         |
|                                                                                            | 電話番号          |                                       |                                                |                                                         |
| 配偶者                                                                                        | (フリガナ)<br>氏 名 | ( ) ( 夫 ・ 妻 )                         |                                                |                                                         |
|                                                                                            | 生年月日          | 年 月 日生                                | 治療開始日の年齢 ( ) 歳                                 | (署名又は記名押印)                                              |
|                                                                                            | 住 所           | 〒                                     |                                                |                                                         |
|                                                                                            | 電話番号          |                                       |                                                |                                                         |
| 婚姻年月日                                                                                      |               | 年 月 日                                 | <input type="checkbox"/> 事実婚<br>(戸籍謄本及び申立書を添付) |                                                         |
| 申 請 額                                                                                      |               | 金 円<br>※助成対象治療に係る自己負担額又は助成上限額のいずれか低い額 |                                                |                                                         |
| 助成金<br>振込先                                                                                 | 金融機関名         | 郵便局は除きます。<br>ゆうちょ銀行はお振込<br>みできます      |                                                | 銀行<br>金庫<br>農協<br>ゆうちょの場合<br>漢数字 3 桁<br>本店<br>支店<br>出張所 |
|                                                                                            | 預 金 種 別       | 普通<br>当座                              | フリガナ<br>口座名義                                   |                                                         |
|                                                                                            | 口 座 番 号       | 申請者名義の口座を記入                           |                                                | (左詰記入)                                                  |
| <input type="checkbox"/> 助成要件確認のため、ひたちなか市長が住民基本台帳及び市税関係書類等を確認し、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。 |               |                                       |                                                |                                                         |
| <input type="checkbox"/> この申請に係る不妊治療について、ひたちなか市以外の地方公共団体の助成は受けていません。                       |               |                                       |                                                |                                                         |
| <input type="checkbox"/> 治療開始日から申請日までの間、夫婦のいずれか一方がひたちなか市内に住所を有しています。                       |               |                                       |                                                |                                                         |

※添付書類

- ( 1 ) 申請者及びその配偶者の戸籍謄本（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者にあつては、戸籍謄本と事実婚関係等に関する申立書（様式第 2 号））
- ( 2 ) 申請者及びその配偶者の住民票の写し
- ( 3 ) ひたちなか市不妊治療受診等証明書（様式第 3 号）
- ( 4 ) 医療機関が発行した助成対象治療に係る領収書及び費用の内訳を確認することができる明細書
- ( 5 ) その他市長が必要と認める書類 ( )

※ ( 1 ) および ( 2 ) に掲げる書類については、市の公募等によりその事実を確認することができる場合には、省略することができます。