

年 月 日

行方市長

宛て

申請者(夫)住 所

氏 名

㊟

生年月日

年 月 日

電話番号

(妻)住 所

氏 名

㊟

生年月日

年 月 日

電話番号

不妊治療費補助金交付申請書

行方市不妊治療費補助金の交付を受けたいので、行方市不妊治療費補助金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、この申請の審査に際し、行方市備付けの戸籍、住民基本台帳等及び税の納付状況等について、公簿を照会することに同意します。

1 補助金申請額 円(男性不妊分を除く)

円(男性不妊分)

(自己負担額から茨城県不妊治療費補助金の額を控除した額のそれぞれ上限額を比較して低い方の額)

2 治療の経費 円

3 治療の種類 体外受精 ・ 顕微授精

4 備考(どちらかにチェックしてください。)

初回申請

2回目以降の申請 ※下記にご記入ください。

初回交付の際の治療期間初日における妻の年齢 歳, 通算助成回数 回

添付書類

- (1) 茨城県不妊治療費補助金交付決定通知書の写し
- (2) 茨城県不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
- (3) 医療機関が発行した領収書の写し

様式第3号（第7条関係）

年 月 日

行方市長 様

住所

氏名

印

不妊治療費補助金交付請求書

年 月 日付け 第 号で交付決定のあった行方市不妊治療費補助金として、 円を請求しますので、次の口座に振り込み願います。

(振込先)

金融機関名	銀行 信金 信組 農協		支店名	支店出張所			
コード			X	コード			X
預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号					
口座名義	フリガナ						