

つくばみらい市長 様

申請者 氏名  
住所  
電話

つくばみらい市不妊治療費の助成に関する要綱第7条の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

治療を受けた夫婦の氏名		生年月日	
夫		年 月 日 ( 歳)	
妻		年 月 日 ( 歳)	
住所			
連絡先	(夫)	(妻)	
男性不妊治療	無 ・ 有		
助成申請額	妻	(治療に要した額) - (茨城県補助額) = (自己負担額) <b>A</b> 円 - 円 = 円	<b>円B</b> (Aと50,000円を比較して低い方の額を記入してください)
		(申請額) <b>金</b>	
	夫	(治療に要した額) <b>円C</b>	(申請額合計) B + D <b>金</b> 円
		(申請額) <b>金</b> <b>円D</b> (Cと50,000円を比較して低い方の額を記入してください)	
治療回数・期間	回目	年 月 日～ 年 月 日※ (妻の治療期間初日の妻の年齢： 歳)	
過去の助成	過去に助成金の交付をうけたことがありますか ない・ある → ①通算 ( 回) 受けた ②前回交付を受けた内容 ( 年 月 / 助成額 円)		
通算回数リセットの希望	ない・ある		
振込先金融機関	銀行・信用金庫 信用組合・農協 支店		
口座種別・番号	普通 ・ 当座		
フリガナ			
口座名義人			
<input type="checkbox"/> この申請の審査に際し、関係書類の提出に代えて、つくばみらい市備付けの戸籍、住民基本台帳について、公簿を照会することに同意します。			

※治療期間については、排卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。ただし、男性不妊治療の助成を受ける場合において、主治医の治療方針に基づき、排卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から特定不妊治療終了日までを記載してください。

## 【添付書類】

- 医療機関発行の領収書（写し）
- 茨城県不妊治療費助成事業受診等証明書の写し又はつくばみらい市不妊治療費助成事業受診等証明書
- 茨城県不妊治療費補助金の交付決定を受けた者については、茨城県不妊治療費補助金交付決定及び額の確定通知書の写
- 申請者及びその配偶者の住所及び婚姻関係や事実婚関係を証する書類※（4）に掲げる書類に記載されている事項を公簿等により確認することができる場合は、書類の添付を省略することができる。
- 通算回数リセット希望の方：死産の場合のみ医療機関から発行される死産証明書

男性不妊治療費の助成を受ける場合：（1）医療機関発行の領収書（写し） （2）男性不妊治療費助成受診等証明書

(裏)

つくばみらい市処理欄

住民となった日	夫	年	月	日	妻	年	月	日				
<input type="checkbox"/> 戸籍	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳		年 月 日 確認者 ( )									
受付 年月日	年	月	日	決定 年月日	年	月	日	確認				