

(表)

様式第2号(第6条関係)

つくばみらい市不育症検査及び治療費助成金交付申請書

年 月 日

つくばみらい市長 様

申請者 氏名

住所

つくばみらい市不妊・不育症治療費等の助成に関する要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり不育症検査及び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	つくばみらい市		
連絡先	(夫)	(妻)	
自己負担額	金 _____ 円		
助成申請額	金 _____ 円 ※		
検査及び治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
過去の助成	過去に市の助成金の交付を受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)		
振込先 金融機関	銀行・農協 信金・信組	本店・支店 本所・支所	
口座種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			
<同意書>			
<input type="checkbox"/> この申請の審査に際し、関係書類の提出に代えて、つくばみらい市が保有する住民基本台帳等により、必要な情報を確認することに同意します。			
<input type="checkbox"/> この申請の審査に際し、必要がある場合には、治療状況について、医療機関及び調剤薬局等に照会することに同意します。			
<input type="checkbox"/> 虚偽の申請、その他の不正手段により、助成金の交付決定を受けた場合は、支給された助成金を返還することに同意します。			
以上について同意します。 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
(自署) 氏名			

※ 自己負担額と100,000円と比較して低いほうの額を記入してください。

【添付書類】

- (1) 医療機関発行の領収書（写し）
- (2) つくばみらい市不育症検査及び治療費医療機関受診証明書（付表3）
- (3) 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  
（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ます。）

つくばみらい市処理欄

申請書 No.		住民となった日	妻	年	月	日						
			夫	年	月	日						
<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				