

(表)

様式第1号(第6条関係)

つくばみらい市不妊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
電話

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	医療保険適用の有無	無 ・ 有
助成申請額	妻	(治療に要した額) 円 - (茨城県補助額) 円 = (自己負担額) 円	
		(申請額) A 金 _____ 円 ※1	
	夫	(治療に要した額) 円 - (茨城県補助額) 円 = (自己負担額) 円	
		(申請額) B 金 _____ 円 ※1	
申請額合計	(申請額) A 円 + (申請額) B 円		
	(申請額合計) = 金 _____ 円		
治療回数・期間	回目※2	年 月 日 ~ 年 月 日 ※3	(治療期間初日の妻の年齢: 歳)
過去の助成	過去に市の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)		
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			
<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			

(裏)

- ※1 茨城県不妊治療費助成事業実施要項による助成を受けた場合は自己負担額と 50,000 円と比較して低い方の額、それ以外は自己負担額と 100,000 円と比較して低いほうの額を記入してください。
- ※2 治療回数については、保険適用の有無に関わらず、治療の回数を記入してください。
- ※3 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】

- (1) 医療機関発行の領収書（写し）
 - (2) 茨城県不妊治療費助成事業受診等証明書（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（付表1）
 - (3) 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（写し）
 - (4) 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。)
- *男性不妊治療費の助成を受ける場合は、上記(1)～(4)に加え、下記の書類を添付してください。
- (5) 男性不妊治療に係る医療機関発行の領収書（写し）
 - (6) 男性不妊治療費助成受診等証明書（付表2）

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						
□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				