

様式第 1 号（第 7 条関係）

つくばみらい市不妊治療費（先進医療）助成金交付申請書

年 月 日

つくばみらい市長 様

つくばみらい市不妊治療費（先進医療分）助成金交付要綱第 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。

代 表 申請者	(フリガナ) 氏 名	(夫 ・ 妻) (署名または記名押印)							
	生年月日	年		月		日生		治療開始の年齢 () 歳	
	住 所	〒							
	電話番号								
申請者	(フリガナ) 氏 名	(夫 ・ 妻) (署名または記名押印)							
	生年月日	年		月		日生		治療開始の年齢 () 歳	
	住 所	〒							
	電話番号								
婚姻年月日		年		月		日		☐ 事実婚（戸籍謄本及び申立書を添付）	
申 請 額		金 円 ※助成上限額と治療費の自己負担額を比較して 低い方の額							
代 表 申請者 振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協				本店 支店 出張所			
	預金種別	普通		フリガナ					
		当座		口座名義					
	口座番号								左詰記入
☐ 助成要件確認のため、つくばみらい市長が住民基本台帳等を確認し、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。 ☐ この申請に係る不妊治療について、つくばみらい市以外の地方公共団体の助成は受けていません。 ☐ 治療開始日から申請日までの間、夫婦のいずれか一方がつくばみらい市内に住所を有しています。									

※添付書類 1 不妊治療（先進医療）受診等証明書 2 領収書及び明細書

3 その他書類関係 夫婦の一方が市外に在住の場合、住所を確認できる書類（住民票）、戸籍上の夫婦であることを証明する書類（戸籍謄本）

※事実婚関係にある場合は、夫婦それぞれの戸籍謄本及び事実婚関係に関する申し立て書

市 町 村 使 用 欄	申請受理年月日			(承認・不承認) 決定年月日					
	今回治療開始時妻年齢：	歳（4 3 歳以上は対象外）							
	初回治療開始時妻年齢：	歳		☐ 4 0 歳未満→通算 6 回まで		保険診療による治療実施			
				☐ 4 0 歳～4 2 歳→通算 3 回まで		回数：通算 回目			
	市町村への申請回数		回目						