

様式第1号（第5条関係）

特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

常総市長 殿

特定不妊治療に要した費用に対する助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、助成金の交付の決定のため必要があるときは、私たちの戸籍、住民記録、納税状況等を調査し、及び他の地方公共団体に対して申請に関する事項を照会することについて同意します。

代 表 申 請 者	フリガナ		夫 ・ 妻
	氏 名	Ⓜ	
	生年月日	年 月 日生	歳
	住 所		
	電話番号		
申 請 者	フリガナ		夫 ・ 妻
	氏 名	Ⓜ	
	生年月日	年 月 日生	歳
	住 所 (代表申請者と異なる場合に記入)		
	電話番号		
助 成 金 の 申 請 額	(男性不妊治療分を除く。)	円	
	(男性不妊治療分)	円	
	合 計	円	

備考1 助成金の申請額は、上限額と県補助金の交付の対象となった特定不妊治療に要した費用から当該県補助金を差し引いた額（千円未満切捨て）のうちいずれか低い方の額です。

2 この申請書には、次の書類を添付してください。

- (1) 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し
- (2) 茨城県不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
- (3) 特定不妊治療に要した費用の支払に係る医療機関が発行した領収書の写し