

常総市不妊治療費（先進医療）助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

常総市長 様

標記助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

記

代表申請者	(フリガナ)氏名	() (夫・妻) (署名又は記名押印)					
	生年月日	年	月	日生	治療開始日の年齢	() 歳	
	住所	〒					
	電話番号						
申請者	(フリガナ)氏名	() (夫・妻) (署名又は記名押印)					
	生年月日	年	月	日生	治療開始日の年齢	() 歳	
	住所	〒					
	電話番号						
婚姻年月日		年	月	日	<input type="checkbox"/> 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)	
<input type="checkbox"/> 助成要件確認のため、常総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。 <input type="checkbox"/> この申請に係る不妊治療について、常総市以外の地方公共団体の助成は受けていません。 <input type="checkbox"/> 治療開始日から申請日までの間、夫婦のいずれか一方が茨城県内に住所を有しています。							

※添付書類

- 不妊治療（先進医療）受診等証明書
- 領収書及び明細書、口座のわかるもの
- 本人確認のできるもの（運転免許証・マイナンバーカードなど）、外国籍の方は在留カードが必要です。
- その他関係書類（該当する方のみ）
 - ◎夫婦の一方が市外に在住の場合
 - ①住民票（市外の方の分） ②夫婦それぞれの戸籍謄本
 - ◎事実婚関係にある場合
 - ①事実婚関係に関する申立書 ②夫婦それぞれの戸籍謄本 ※いずれかが市外在住の場合はその方の住民票

市記載欄	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 (43歳以上は対象外)			
	初回治療開始時妻年齢:	歳	<input type="checkbox"/> 40歳未満→通算6回まで <input type="checkbox"/> 40歳～42歳→通算3回まで	保険診療による治療実施回数: 通算 回目	
	市町村への申請回数:	回目			
	備考欄				

