

銚田市長 様

銚田市不妊治療費助成金交付申請書

銚田市不妊治療費助成金の交付を受けたいので、銚田市不妊治療費助成金交付要綱第6条の規定に基づき関係書類を添えて申請します。

なお、必要がある場合に、申請に係る必要事項（戸籍・住民基本台帳等及び所得・税の納付状況等、転入があった方の他自治体で受けた助成の状況等）について、所管職員が確認することに同意します。

代 表 申 請 者	住 所	
	氏 名	㊟
	生年月日	年 月 日
	電話番号	
配 偶 者 (夫婦の別 夫・妻)	住 所	<input type="checkbox"/> 代表申請者と同じ
	氏 名	
	生年月日	年 月 日

今回の申請にあたり、茨城県の不妊治療費助成を受けたましたか	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない 【理 由】 <input type="checkbox"/> 助成要件にて非該当のため（治療開始年齢） <input type="checkbox"/> 助成要件にて非該当のため（ ）	
申 請 額	(男性不妊分を除く) 円 (男性不妊分) 円 合 計 円 (それぞれ上限額と自己負担分を比較して低いほうの額)	
治療回数・期間	回目 年 月 日～ 年 月 日 治療期間初日の妻の年齢：満 歳	
過 去 の 助 成	以前に標記助成を受けたことがありますか ない・ある → ①通算（ 回）・通算（ 年）受けた ②前回の内容（申請 年 月／ 円）	

代表申 請者振 込先	金融機関名	信用金庫 銀行・組合				支 店 出張所
	種別・番号	普通・当座				
	フリガナ					
	口座名義人					

【添付書類】

* 共通	* 県助成金あり	* 県助成金なし
<input type="checkbox"/> 領収書等（原本還付 有・無） <input type="checkbox"/> 住民票（夫・妻） <input type="checkbox"/> 納税証明書（夫・妻） <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 県不妊治療費助成金交付決定通知書（写） <input type="checkbox"/> 県不妊治療費助成事業受診等証明書（写）	<input type="checkbox"/> 銚田市不妊治療費助成事業受診等証明書 <input type="checkbox"/> 課税（非課税）証明書（夫・妻）