

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

茨城町長 宛

住 所
申請者
氏 名

茨城町生殖補助医療費助成金交付申請書

年度茨城町生殖補助医療費助成事業について、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

1 夫婦氏名等

	夫	妻
住 所		
氏 名		
生年月日		
電話番号		

2 助成金申請額

- ① 助成対象経費 円
- ② 他自治体からの助成交付額 円
- ③ 町助成金申請額（上限5万円） 円（①－②）

3 交付（申請）回数 茨城町交付申請 回目（前回 年 月申請）

4 添付書類

- ① 茨城町生殖補助医療費助成事業医療機関証明書（様式第2号）
- ② 上記に係る明細書、領収書の写し