

茨城町生殖補助医療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

茨城町長 宛

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

申請者	(フリガナ) 氏 名	() (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) (署名又は記名押印)					
	生年月日	年	月	日生	() 歳		
	住 所	〒					
	電話番号						
請 求 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	
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 当座	フリガナ 口座名義				
	口 座 番 号						(左詰記入)
<input type="checkbox"/> 助成要件確認のため、茨城町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"/> この申請に係る治療について、茨城町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町に住所を有しています。							

※添付書類

- 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）
- 領収書及び明細書

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 (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					