

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

守谷市不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

守谷市長 宛て

申請者 住 所

氏 名

印

電話番号

不育症治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請（請求）します。

なお、この申請の審査に際し、住民基本台帳及び市税等の納付状況について、公簿等を照会することに同意します。

	夫	妻
フリガナ		
氏 名		
生 年 月 日	年 月 日	年 月 日
住 所 ※1		
電話番号※1		
支払額 ※2	円	申請額 ※3 円

※1 申請者と異なる場合に記入

※2 支払額は、保険適用外の検査又は治療において支払った額

※3 申請額は、支払額（県助成事業の助成対象となる検査を受けた場合は、支払額から県の助成額を差し引いた額）と50,000円を比較して低い方の額

振込先金融機関	銀行・信用金庫・信用組合 金庫・農業協同組合							
	本店・支店・出張所							
フリガナ								
口座名義								
預 金 種 別	普通・当座	口座番号						

<添付書類>

- 1 守谷市不育症治療費医療機関受診証明書
- 2 夫婦の住所及び夫婦であることを証する書類
- 3 県助成事業の対象検査について助成金の交付を申請する場合は、「茨城県不育症検査費助成事業受診等証明書」の写し及び「茨城県不育症検査費補助金交付決定及び額の確定通知書」の写し
- 4 医療機関の発行する領収書及び診療報酬明細書の写し
- 5 健康保険証の写し
- 6 本市に在住する者に市税の滞納がないことを証する書類
- 7 その他市長が必要と認める書類

（備考）2及び6の書類の内容を市の公簿等により確認できる場合は、添付を省略することができます。