

鹿嶋市不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

鹿嶋市長 殿

標記補助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) (自署又は記名押印)					
	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) (自署又は記名押印)					
	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	本 店		
	預 金 種 別	普通 当座	フリガナ		支 店		
			口座名義		出張所		
口 座 番 号						(左詰記入)	
<input type="checkbox"/> 助成要件確認のため、鹿嶋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、鹿嶋市以外の地方公共団体の助成は受けていません。 <input type="checkbox"/> 治療の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、かつ治療終了日から申請日までの間、夫婦のいずれか一方が鹿嶋市内に住所を有しています。							

※添付書類

- 1 不妊治療受診等証明書（様式第2号）
- 2 領収書及び明細書
- 3 その他関係書類・夫婦の一方が市外に在住の場合、住所を確認できる書類（住民票）と戸籍上の夫婦であることを証明する書類（戸籍謄本）※事実婚関係にある場合は、夫婦それぞれの戸籍謄本及び事実婚関係に関する申立書（様式第3号）

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	保険診療による治療実施回数：通算 回目	
			<input type="checkbox"/> 40歳～42歳→通算3回まで		
	市町村への申請回数：	先進医療分 回目	/	保険適用外生殖補助医療分 回目	
備考欄					

市町村は、申請内容等を台帳として管理し、氏名、生年月日等の個人が特定される情報を除いた形で茨城県へ報告することがあります。県は、それらのデータを本事業の効果検証及び事業改善のために利用します。