

様式第1号(第10条関係)

年 月 日

かすみがうら市長

住 所
氏 名 印

年度かすみがうら市不妊治療費補助金交付申請書

年度かすみがうら市不妊治療費補助事業について、交付を受けたいのでかすみ
がうら市不妊治療費補助金交付要項第10条の規定により、関係書類を添えて申請しま
す。

また、下記（3）及び（4）について、書類の提出に代えて市がこれらの内容を確認
することについて同意します。

記

- 1 補助金申請金額 金 円
- 2 治療の経費 金 円
- 3 治療の期間 年 月 日 ～ 年 月 日
- 4 添付書類
 - (1) 茨城県不妊治療費補助金交付決定通知書（写し）
 - (2) 茨城県不妊治療費助成事業受診等証明書（写し）
 - (3) 婚姻関係及び住所が確認できる書類
 - (4) 世帯員全員に市税及び国民健康保険税に滞納がないことが確認できる書類
 - (5) 様式第1号付表
 - (6) その他市長が必要と認める書類

様式第1号 付表

申請者	氏名		生年月日	年齢	
	夫		年 月 日	歳	
	妻		年 月 日	歳	
補助申請内訳	特定不妊治療分	補助対象経費	①	円	(特定不妊治療)茨城県 不妊治療費助成事業受 診等証明書の領収額
		県補助交付決定額	②	円	特定不妊治療費県補助 決定額
		差引額 (①—②)	③	円	
		市補助限度額	④	円	
		補助金申請金額(A)		円	上記③又は④の低い方 の額を記入
	男性不妊治療分	補助対象経費	⑤	円	(男性不妊治療)茨城県 不妊治療費助成事業受 診等証明書の領収額
		県補助交付決定額	⑥	円	男性不妊治療費県補助 決定額
		差引額 (⑤—⑥)	⑦	円	
		市補助限度額	⑧	円	
		補助金申請金額(B)		円	上記⑦又は⑧の低い方 の額を記入
補助金申請額		(A) + (B)		円	様式第1号の 1 補助金申請金額欄
治療の経費額		① + ⑤		円	様式第1号の 2 治療の経費欄