

（あて先）かすみがうら市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

かすみがうら市不育症治療費補助金交付申請書

かすみがうら市不育症治療費補助金について、交付を受けたいのでかすみがうら市不育症治療費補助金交付要項第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

受診者氏名	フリガナ		生年月日	年	月	日
			(歳)			
住 所	(〒 -)					
医療機関名	所在地					
	電話番号 ()					
補 助 金 申 請 額	金 円					
不育症治療等に要した費用 (※保険適用診療分は除く。)	金 円					
これまでの補助の有無	有 (過去 回) ・ 無					
茨城県不育症検査費助成事業申請	有 (交付決定金額 円) ・ 無					
同意欄 市の担当者が当該補助に必要な範囲内で私の個人情報を確認することに同意します。	夫 署名					
	妻 署名					

<添付書類> ※下記の書類中3～5については、上記の同意に基づき、市においてその内容を確認できるときは書類の提出を省略することができます。

- 1 かすみがうら市不育症治療医療機関受診証明書（様式第2号）
- 2 医療機関の発行する領収書及び明細書
- 3 戸籍謄本
- 4 住民票の写し
- 5 夫及び妻に市税等の未納がないことを確認できる書類
- 6 茨城県不育症検査費助成金交付決定通知書及び額の確定通知書の写し（県助成事業による助成を受けた場合）
- 7 その他市長が必要と認める書類