

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

河内町不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

河内町長 様

〒
住所
申請者氏名 印
電話

河内町不妊治療費助成金交付要綱第5条第1項の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。

記

治療を受けた夫婦の氏名		生年月日		住民となった年月日			
夫		年 月 日 (歳)		年 月 日			
妻		年 月 日 (歳)		年 月 日			
婚姻年月日		年 月 日					
助成申請額 <small>※裏面を参考に御記入ください。</small>		①特定不妊 円	②男性不妊 円	③合計 円			
振込先金融機関		銀行 信用金庫 組合 店					
口座の種別・口座番号		普通・当座					
フリガナ							
口座名義人							
この申請の審査に際し、関係書類の提出に代えて、河内町備付けの戸籍、住民基本台帳及び町税の納付状況について、公簿を照会することに同意します。							
年 月 日							
						夫の氏名	印
						妻の氏名	印

※以下、町事務処理欄

住民となった日	夫	年 月 日		妻	年 月 日	
公簿	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> 戸籍 年 月 日 確認 印		納税	<input type="checkbox"/> 税滞納（有・無） 年 月 日 確認 印		

(裏面)

助成申請額計算書

① 特定不妊治療費 (妻)	② 男性不妊治療費 (夫)
<p>(治療に要した額) (茨城県補助額)</p> <p>_____円 - _____円</p> <p>(自己負担額)</p> <p>= _____円</p> <p>自己負担額と10万円を比較して低い方の額</p> <p>① _____円</p>	<p>(治療に要した額) (茨城県補助額)</p> <p>_____円 - _____円</p> <p>(自己負担額)</p> <p>= _____円</p> <p>自己負担額と5万円を比較して低い方の額</p> <p>② _____円</p>
③ 合計	① _____円 + ② _____円 = ③ _____円

(添付書類)

- 1. 茨城県不妊治療指定医療機関受診等証明書の写し
- 2. 特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書
- 3. 夫及び妻の続柄が記載された住民票 (※)
- 4. 夫及び妻の所得 (課税) 証明書 (※)
- 5. 茨城県特定不妊治療費助成決定通知書の写し

※照会に同意された方は省略可。