

日立市不育症治療費助成申請書

年 月 日

日立市長 殿

日立市不育症治療費助成要綱第4条の規定により、不育症治療に要した費用の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請者	(フリガナ) 氏 名			
	生年月日	年 月 日	電話番号	
	住 所	※市記入欄 住民日 年 月 日 宛名番号 ()		
配偶者	(フリガナ) 氏 名			
	生年月日	年 月 日	電話番号	
	住 所	※市記入欄 住民日 年 月 日 宛名番号 ()		
申 請 額		(治療に要した額)	(茨城県補助額)	(自己負担額)
		円 -	円 =	円 (A)
		金 _____ 円 (Aと50,000円を比較して低い方の額を記入してください。)		
検査及び治療の期間		年 月 日 ~ 年 月 日		

受取方法 (該当する方に○)		現金	※ 後日、日立市役所会計課窓口で受け取りとなります。		
		口座振替	※ 振替を希望する場合には、以下の欄を記入してください。		
※口座名義 は上記申請 者と同じ者	口座 内容	金融機関名	銀行	本店	
			金庫	支店	
			農協	出張所	
	預金種別 (該当する方に○)	普通・当座	口座番号 (左詰記入)		
	(フリガナ) 口座名義				

過去に標記治療等費の助成を受けたことがありますか
 ない ・ ある →①前回交付を受けた内容 (年 月)

太枠の中を記入してください。

【添付書類】

- (1) 医療機関発行の領収書（写し）※診療費明細書がある場合は、提出してください。
- (2) 茨城県不育症検査費助成事業受診等証明書（写し）又は日立市不育症治療費助成事業受診証明書
- (3) 茨城県不育症検査費補助金の交付決定を受けた者は、茨城県不育症検査費補助金交付決定の確定通知書（写し）
- (4) 住民票（本籍地の記載のあるもの）※市外在住の場合

【記入不要(市 処理欄)】

申請者番号	No.	申請受理年月日	.	.
決定年月日	.	決定内容	承認 ・ 不承認	金額 円