

（あて先） 潮 来 市 長

潮来市不妊治療費助成金交付申請書

潮来市不妊治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

		夫		妻
申請者	住所	(住所は夫と異なる場合のみ記載してください)		
	氏名	Ⓜ		Ⓜ
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	
	電話番号	— — (自宅・夫携帯・妻携帯)		
助成申請金額		特定不妊治療費	男性不妊治療費	備 考
	助成対象経費①	円	円	※茨城県不妊治療費助成事業受診等証明書の領収金額
	県助成交付決定額②	円	円	※茨城県不妊治療費補助金交付決定及び額の確定通知書の確定交付額
	差引金額③ (①-②)	円	円	
	助成金申請金額	円	円	
<p>【同意事項】</p> <p>この申請に係る必要な事項として、戸籍、住民基本台帳及び税の納付状況等について、所管職員が確認することに同意します。</p> <p>年 月 日 夫 _____ Ⓜ</p> <p>妻 _____ Ⓜ</p>				

(振込先口座)

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農 協		支 店 出張所
種別・番号	普通・当座		
フリガナ			
口座名義人			

<p>【かすみ保健福祉センター使用欄】</p> <p><input type="checkbox"/>初回申請</p> <p><input type="checkbox"/>2回目以降の申請 前回交付（ 年 月）</p> <p>※住所の異動があった場合、前回の申請保健所名（ ）</p> <p><添付書類></p> <p><input type="checkbox"/>茨城県不妊治療費補助金交付決定及び額の確定通知書（写）</p> <p><input type="checkbox"/>茨城県不妊治療費助成事業受診等証明書（写）</p> <p><input type="checkbox"/>領収書（写）</p>	受理年月日	年 月 日
	決定年月日	年 月 日
	受 理 者	