

様式第1号（第7条関係）

特定不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

記入例

○年 ○月 ○日

古河市長 宛て

下記の口座名義人と同じにする

申請者 氏名 古河 太郎
 （自署又は記名押印）
 住所 古河市新久田271-1
 電話 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

自署の場合は
押印省略可

古河市特定不妊治療費の助成に関する要綱第7条の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり助成金の交付を申請します。

なお、古河市が次の金融機関の口座に助成金を振り込んだときは受領したものと認めます。

治療を受けた夫婦の氏名	住 所	生年月日
夫 古河 太郎	同上	○年○月○日(○〇歳)
妻 古河 桃子	同上	○年○月○日(○〇歳)
連絡先	(夫) 同上 (妻) △△△-△△△△-△△△△	

茨城県不妊治療費助成事業受診等証明書の特定不妊治療費の領収金額

特定不妊治療費（男性不妊治療費を除く。） 県補助金
 500,000 円 - (300,000 円)
 =自己負担額 (200,000 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金額

① 申請額 50,000 円 ※助成限度額と自己負担額を比較して低い方の額

茨城県不妊治療費助成事業受診等証明書(男性不妊治療用)の男性不妊治療費の領収金額

男性不妊治療費) ※治療方法ABDEは上限額 50,000 円、CFは上限額 25,000 円
 ※上限額と自己負担額を比較して低い方の額
 =自己負担額 (円)

② 申請額 円 ※上限額 50,000 円と自己負担額を比較して低い方の額

合計申請額 (①+②) 50,000 円

治療回数・期間 回 ○年 ○月 ○日～ ○年 ○月 ○日
 (治療期間初日の妻の年齢： ○〇歳)

茨城県不妊治療費助成事業受診等証明書の今回の治療期間

茨城県の不妊治療費助成補助金交付決定及び確定通知書の通算回数

① 過去に助成金の交付を受けたことがありますか。 分かる場合のみ記入
 ある。(最終の交付日 ○年 ○月) ない

② 県補助金において通算回数のリセットはありますか。 県の申請の際、以前に助成を受けた後の出産等による助成回数のリセット希望の有無
 ある。 ない

振込先金融機関 ○○ 銀行・信用金庫 ○○ 信用組合・農協 ○○ 支店

口座種別・番号 普通 当座 1 2 3 4 5 6 7

フリガナ コガ タロウ
 口座名義人 古河 太郎

申請者の口座情報を記入する

この申請の審査に際し、関係書類の提出に代えて、婚姻関係、住所及び市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 古河 太郎
 妻の氏名 古河 桃子
 (自署又は記名押印)

自署の場合は
押印省略可

