

取手市不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

取手市長 殿

標記助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

記

代 表 申 請 者	(フリガナ) 氏 名	() (夫 ・ 妻)	
	生年月日	年 月 日生	治療開始時の年齢 () 歳
	住 所	〒	
	電話番号		
申 請 者	(フリガナ) 氏 名	() (夫 ・ 妻)	
	生年月日	年 月 日生	治療開始時の年齢 () 歳
	住 所	〒	
	電話番号		
婚姻関係		☐ 法律婚（戸籍謄本を添付）	☐ 事実婚（戸籍謄本及び申立書を添付）
☐ 助成要件確認のため、取手市長が住民基本台帳、税情報等を確認し、助成要件に関する事項を照会することについて同意します。 ☐ この申請に係る不妊治療について、取手市以外の地方公共団体の助成は受けていません。 ☐ 治療開始日から申請日までの間、夫婦のいずれかが取手市内に住所を有しています。			

※添付書類

1 不妊治療受診等証明書（様式第 3 号）

2 領収書及び明細書

3 その他関係書類

・ 夫婦の一方が市外に住所を有する場合、住所を確認できる書類（住民票）

・ 戸籍上の夫婦であることを証明する書類（戸籍謄本）

※事実婚関係にある場合は、夫婦それぞれの戸籍謄本及び事実婚関係に関する申立書（様式第 2 号）

市 使 用 欄	申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
	今回治療開始時妻年齢： 歳 (43歳以上は対象外)			
	初回治療開始時妻年齢： 歳	☐ 40歳未満→通算 6 回まで ☐ 40歳～42歳→通算 3 回まで		保険診療による治療実施回数：通算 回目
	申請回数： 先進医療分 回目	／ 保険給付外生殖補助医療分 回目		
	備考欄			

取手市不妊治療費助成金交付申請書

20〇〇年 〇月〇日

取手市長 殿

標記助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

太枠の箇所をご記入ください。

記

代 表 申請者	(フリガナ) 氏 名	(トリデ タロウ) (夫 ・ 妻) 取手 太郎
	生年月日	年 月 日生 治療開始時の年齢 (39) 歳
	住 所	〒302-0024 取手市新町25-5-25
	電話番号	
申請者	(フリガナ) 氏 名	(トリデ ハナコ) (夫 ・ 妻) 取手 花子
	生年月日	年 月 日生 治療開始時の年齢 (38) 歳
	住 所	〒302-0024 取手市新町25-5-25
	電話番号	
婚姻関係		☐ 法律婚（戸籍謄本を添付） ☐ 事実婚（戸籍謄本及び申立書を添付）
☐ 助成要件確認のため、取手市長が住民基本台帳、税情報等を確認し、助成要件に関する事項を照会することについて同意します。 ☐ この申請に係る不妊治療について、取手市以外の地方公共団体の助成は受けていません。 ☐ 治療開始日から申請日までの間、夫婦のいずれかが取手市内に住所を有しています。		

※添付書類

1 不妊治療受診等証明書（様式第3号）

2 領収書及び明細書

3 その他関係書類

- ・夫婦の一方が市外に住所を有する場合、住所を確認できる書類（住民票）
- ・戸籍上の夫婦であることを証明する書類（戸籍謄本）

※事実婚関係にある場合は、夫婦それぞれの戸籍謄本及び事実婚関係に関する申立書（様式第2号）

こちらの3つの記載内容をすべてご確認の上で、全ての□に✓をつけてください。

写しでも可

住民票・戸籍謄本は写しでも可
(但し、発行後3か月以内のもの)

市 使 用 欄	申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
	今回治療開始時妻年齢：	歳 (43歳以上は対象外)		
	初回治療開始時妻年齢：	歳	☐ 40歳未満→通算6回まで ☐ 40歳～42歳→通算3回まで	保険診療による治療実施 回数：通算 回目
	申請回数：	先進医療分 回目	/	保険給付外生殖補助医療分 回目
	備考欄			