様式第１号（第７条関係）

記入例

日立市不妊治療費特例助成金交付申請書

令和〇年　１月　１日

日　立　市　長　殿

日立市不妊治療費助成特例要綱第７条の規定により、不妊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	ヒタチ　ハナコ 日立　花子		
	生年月日	1985 年　1 月　1 日生（　40　）歳	電話番号	0294　－　21　－　3300
	住所	日立市助川町 1－15－15		
	E-mail （任意）			
配偶者	（フリガナ） 氏　　名			
	生年月日	1985 年　1 月　1 日生（　40　）歳	電話番号	0294　－　21　－　3300
	住所 ※申請者と同じ場合は記入不要			

治療の期間	※不妊治療費助成受診等証明書に記載されている治療期間をご記入ください。 令和〇年　4 月　1 日　～　令和〇年　7 月　30 日	治療期間の初日の妻の年齢　40　歳

	生殖補助医療	合計
治療に要した費用（自己負担額）	自己負担額計算表⑦の金額　1,000,000 円	1,000,000 円
申請額（上限額各 100,000 円）	100,000 円	100,000 円

※口座名義は上記申請者と同じ者	口座内容	金融機関名	日立　（銀行）金庫　農協　信組		助川　本店　（支店）　出張所					
		預金種別	普通・当座	口座番号（左詰記入）	0	1	2	3	4	5	6
		口座名義（カナ）	ヒタチ　ハナコ							

過去に不妊治療費の助成を受けたことがありますか
　ない　・　（ある）　→①通算（　3　）回
　　②初めて助成を受けた際の治療開始日の妻の年齢（　　）歳
助成を受けた後に出産又は妊娠 12 週以降の死産に至った場合の通算回数リセットの希望
　（ない）　・　ある　→戸籍謄本又は死産届の写し等を添付

不妊治療費特例助成金の交付のため、日立市が支給の決定に関して必要に応じ、私の個人情報を閲覧し、確認することを承諾します。また、特例助成金の交付の決定の審査をするために必要な場合は、加入する医療保険者に給付の内容を照会すること及び医療機関に受診等の証明の内容を照会することを同意します。

氏名　日立　花子

【添付書類】
(1) 医療機関発行の領収書（写し）
(2) 日立市不妊治療費特例助成金受診等証明書
(3) 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類（日立市内に住所があり、同じ世帯の場合は不要）又は事実上の婚姻関係にあることが確認できる書類