様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

八千代町長　様

申請者　住　　所

氏　　名　　印

電話番号

不育症治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

治療を受けた夫婦の氏名		生 年 月　日
夫		年　　月　　日（　　歳）
妻		年　　月　　日（　　歳）

助成申請額		不育症検査及び治療費	備　　考
	助成対象経費① （保険適用外の費用）	円	※不育症治療費医療機関受診証明書の領収金額
	県補助金 交付決定額②	円	※茨城県不育症検査費補助金額確定通知書の確定交付金額
	差引金額③ （①－②）	円	
	助成申請金額	円	

この申請の審査に際し、住民基本台帳及び町税の納付状況について公簿により確認すること及び領収書の内容について必要に応じて医療機関に照会することに同意します。

年　　月　　日

夫の氏名

妻の氏名

振込先金融機関	銀行・信用金庫・信用組合 金庫・農業協同組合								
	本店・支店・出張所								
フリガナ									
口座名義									
預金種別	普通・当座	口座番号							

添付書類

(1) 不育症治療費医療機関受診証明書（様式２号）

(2) 医療機関が発行する領収証の写し

(3) 茨城県が実施する茨城県不育症検査費用助成事業の交付決定通知書及び額の確定通知書の写し