

水戸市長 様

不育症治療補助金の交付を受けたいので、水戸市不育症治療補助金交付要項第5条第1項の規定により下記のとおり申請します。

記

代表申請者	(フリガナ) 氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日 (歳)
	住 所	
	電 話 番 号	
配偶者	(フリガナ) 氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日 (歳)
	住 所 <small>(※代表申請者と異なる場合のみ記入)</small>	
	電 話 番 号	
申請に係る不育症治療の種類及び申請額 (☑をすること。) <input type="checkbox"/> (1) 先進医療届出医療機関で受けた流死産検体を用いた遺伝子検査 金 円 <input type="checkbox"/> (2) 先進医療届出医療機関で受けた抗ネオセルフβ ₂ グリコプロテインI複合体抗体検査 金 円 <input type="checkbox"/> (3) 先進医療届出医療機関で受けた(1)(2)以外の不育症治療 先進医療届出医療機関以外で受けた不育症治療 金 円 <p style="text-align: right;">合計 円</p>		
<ul style="list-style-type: none"> 不育症治療補助金の交付のため、水戸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、及び確認することを承諾します。また、不育症治療補助金の交付の決定の審査をするために必要な場合は、他の地方公共団体に情報の照会及び提供をすること並びに医療機関に受診等の証明の内容を照会することに同意します。 この申請に係る不育症治療について、他の地方公共団体から補助を受けていません。 不育症治療受診等証明書に記載の検査結果等について、個人が特定されない形で国に提出し、国がその情報を施策の検討に活用するための集約・分析等を行うことについて同意します。(先進医療として実施した流死産検体を用いた遺伝子検査又は抗ネオセルフβ₂グリコプロテインI複合体検査を受けた場合に限る。) 		
氏名(夫) 印		氏名(妻) 印
<small>(自署の場合は押印不要)</small>		<small>(自署の場合は押印不要)</small>

振込先

金融機関名	銀行・信組		本店
	金庫・農協		支店
口座の種類	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

添付書類

- 不育症治療受診等証明書（様式第2号）
- 不育症治療に係る不育症治療実施医療機関等が発行する領収書・明細書の写し
- 婚姻をしている夫婦であることを証明する書類又は事実上の婚姻関係にあることが確認できる書類
- 住民票の写し
- 治療終了日から起算して3月を経過した日又は当該年度の末日のいずれか早い日までに申請ができない場合にあつては、遅延理由書（様式第3号）
- 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

注 この申請書は、市長が交付決定をした後は、不育症治療補助金の請求書として取り扱います。