

（申請先）土浦市長

土浦市特定不妊治療費助成金交付申請書

標記助成金の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

代 表 申 請 者	住 所	
	フリガナ 氏 名	印
	生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 () 歳
	電 話	
配 偶 者 〔 夫婦の別 〕 夫・妻	住 所	
	フリガナ 氏 名	印
	生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 () 歳
	電 話	
今回の申請に当たり、茨城県不妊治療費補助を受けましたか。	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない 理由 <input type="checkbox"/> 通算助成回数を超えたため <input type="checkbox"/> 妻の治療開始日の年齢が43歳以上のため <input type="checkbox"/> その他 ()	
申 請 額	申請額（男性不妊治療分除く。） 金 _____ 円 A 申請額（男性不妊治療分） 金 _____ 円 B （申請額合計） A + B （茨城県補助額） （自己負担額） C 円 - _____ 円 = _____ 円 金 _____ 円 （Cと上限額を比較して低い方の額を記入してください。）	
治 療 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
今 回 の 申 請 回 数	<input type="checkbox"/> 初回申請 <input type="checkbox"/> 2回目以降の申請（通算 回目（男性不妊治療の回数を含む。））	
助成金振込先	金 融 機 関 名	銀行 信金 信組 農協 本店 支店 出張所
	預 金 種 別	普通 ・ 当座
	口 座 番 号	
	フリガナ	
	口 座 名 義	

※ 裏面の「添付資料」「同意事項」を御確認いただき御署名をお願いいたします。



【添付資料】

- (1) 特定不妊治療に要した費用の額が分かる領収書
- (2) 茨城県不妊治療費助成事業受診等証明書（写し）
又は土浦市不妊治療費助成事業受診等証明書（付表）
- (3) 茨城県不妊治療費補助金の交付決定を受けた者については、茨城県不妊治療費補助金交付決定及び額の確定通知書（写し）

※ 以下の添付資料については、茨城県不妊治療費補助金交付要項の対象にならない方のみ添付してください。

- (4) 夫婦であることを証明できる書類及び住所を確認できる書類
(夫婦とも土浦市内に住所があり、同じ世帯の場合は、不要)
- (5) 夫及び妻の市税等の納付状況を証明する書類
(市が保有する個人情報で確認できる場合は、不要)

【同意等事項】

土浦市特定不妊治療費助成要項第5条第2項の規定により、代表申請者欄に記載された者が、私たち夫婦が受けた特定不妊治療に関する助成金の交付申請書の提出その他の助成金の交付に係る手続を代表して行います。

また、市への助成金の申請に関連して、助成金の決定に当たり、上記（4）及び（5）に関し市が保有する個人情報の調査をすること及び県補助金を受けている場合であって、市が必要と判断したときは、私たち夫婦が県から交付を受けた不妊治療費に関する補助金に係る申請書等に記載された事項について、市が県に照会し、又は当該申請書等の写しの提供を受けることについて同意します。

代表申請者 氏名 _____

配偶者 氏名 _____