

不育症治療補助金交付申請書

年 月 日

水戸市長 様

住 所  
代表申請者  
氏 名

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6条第1項の規定により下記のとおり申請します。

記

1 申請者

妻	(ふりがな) 氏 名	印
	生 年 月 日	年 月 日 ( 歳)
夫	(ふりがな) 氏 名	印
	生 年 月 日	年 月 日 ( 歳)
妻の住所	〒	
電話番号		

2 申請額 円

3 添付書類

- (1) 不育症治療受診等証明書
- (2) 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の写し
- (3) 戸籍謄本
- (4) 住民票の写し
- (5) 夫及び妻の納税証明書 (完納証明用) 又は市税納付状況等調査承諾書
- (6) 前年の夫及び妻の所得額を証明する書類
- (7) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

4 公簿による婚姻関係及び住所の確認について

水戸市不育症治療費補助金の交付に係る審査の際に、公簿等により婚姻関係及び住所について市が確認することに (同意します・同意しません)。