

水戸市長 様

(代表) 申請者 住 所
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5条第1項の規定により下記のとおり申請します。

記

1 夫婦の氏名等

妻	(ふりがな) 氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日 (歳)
	住 所	
	電 話 番 号	
夫	(ふりがな) 氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日 (歳)
	住 所 (※妻と異なる場合のみ記入)	
	電 話 番 号	

2 申請に係る不育症治療の種類 (☑をすること。)

- 流産検体を用いた染色体検査以外の不育症治療
 流産検体を用いた染色体検査 (当該医療機関において保険診療として不育症治療を受けた。)
 流産検体を用いた染色体検査 (当該医療機関において保険診療として不育症治療を受けていない。)

3 申請額

(内訳) 第2条第1項に係る費用及び第3条第2号イの該当を含む 金 円
 第2条第2項に係る費用 (第3条第2号イの該当を除く) (金 円)

4 流産検体を用いた染色体検査の検査結果の国への報告に係る同意

流産検体を用いた染色体検査に係る補助を受けようとする場合 (当該医療機関において保険診療として不育症治療を受けた場合に限り) にあつては、流産検体を用いた染色体検査の保険適用に向けた検討等に活用するため、市が当該検査の結果を個人情報と秘匿した上で国に報告することに同意します。

流産検体を用いた染色体検査の受検者の署名 氏 名 _____

5 振込先

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

6 添付書類

- (1) 不育症治療受診等証明書 (様式第2号) (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) 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 (4) 住民票の写し
 (5) 流産検体を用いた染色体検査に係る補助を受けようとする場合 (当該医療機関において保険診療として不育症治療を受けた場合に限り) にあつては、当該流産検体を用いた染色体検査の結果個票 (6) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

7 公簿による婚姻関係及び住所の確認について (どちらかをマルで囲むこと。)

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)。