

年 月 日

水戸市長 様

生殖補助医療補助金の交付を受けたいので、水戸市生殖補助医療補助金交付要項（以下「要項」という。）第6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	(夫 ・ 妻)	
	生年月日	年 月 日生 () 歳	
	住 所	〒	
	電話番号		
配偶者	(フリガナ) 氏 名	(夫 ・ 妻)	
	生年月日	年 月 日生 () 歳	
	住 所 (※代表申請者と異なる場合のみ記入)	〒	
	電話番号		
申請額		金	円
内訳	生殖補助医療に要した費用（男性不妊治療分を除く。）	金	円
	男性不妊治療分	金	円
<ul style="list-style-type: none"> ・過去に、水戸市生殖補助医療補助金（男性不妊治療分を含む。）を受けたことが ない ・ ある → 過去 () 回受けた ・補助金を受けた後に出産（妊娠12週以後の死産を含む。以下同じ。）に至った場合において要項第5条第2項の規定の適用を受ける旨の希望 ない ・ ある → 出生日 (年 月 日) ・生殖医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、確認することを承諾します。また、補助金の交付の決定の審査をするために必要な場合は、加入する医療保険者に給付の内容を照会すること及び医療機関に受診等の証明の内容を照会することを同意します。 ・この申請に係る生殖補助医療について、他の地方公共団体から補助を受けていません。 			
氏名 (夫) _____ 印		氏名 (妻) _____ 印	
(自署の場合は押印不要)		(自署の場合は押印不要)	

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		

添付書類

- (1) 生殖補助医療助成受診等証明書（様式第2号）（領収書の写しを添付したものに限る。）
- (2) 治療開始日に法律上の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
- (3) 住民票の写し
- (4) 治療終了日から起算して60日を経過する日又は治療終了日の属する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っては、遅延理由書（様式第3号）
- (5) 出産をした者で要項第5条第2項の規定の適用を受けることを希望する場合にあっては、出生した子の住民票及び戸籍謄本、死産届の写し等の出産の事実を確認できる書類
- (6) 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、生殖補助医療補助金の請求書として取り扱います。