様式第１号（第６条関係）

記入例

生殖補助医療補助金交付申請書兼請求書

~~年　月　日~~

申請を受付けた日を記入していただきますので空欄のままお持ちください。

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
おり申請します。

記

代表申請者の口座に振込みとなります。

代表申請者	（フリガナ） 氏　　名	ミト　ハナコ 水戸　花子　（夫・妻）
	生年月日	S00年 00月 00日生（00）歳
	住　　所	〒310-8610 水戸市中央1－4－1
	電話番号	000－0000－0000
配偶者	（フリガナ） 氏　　名	ミト　タロウ 水戸　太郎　（夫・妻）
	生年月日	S00年 00月 00日生（00）歳
	住　　所 （※代表申請者と異なる場合のみ記入）	〒
	電話番号	000－0000－0000

金額を確認後にご記入いただきます。空欄のままお持ちください。

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

・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（　1　）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
　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）

前回この補助金を受けた後に，出産又は死産（12週以上）があった場合，回数リセットの対象となります。
「ある」（リセット希望）の場合，子の戸籍謄本等の添付書類が必要です。

・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
　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
　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

・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）　水戸　太郎　印　　氏名（妻）　水戸　花子　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	水戸　銀行・信組・金庫・農協	中央　本店・支店	
口座の種類	普通・当座	口座番号	1234567
フリガナ	ミト　ハナコ		
口座名義	水戸　花子		

代表申請者の口座をご記入ください。

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。