様式第１号（第５条関係）

不育症治療補助金交付申請書兼請求書

年　月　日

水戸市長　様

代表申請者の口座に振込みとなります。

水戸市不育症治

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。

記

代表申請者	（フリガナ） 氏　　名	ミト　ハナコ 水戸　花子
	生　年　月　日	S00 年　00 月 00 日（ 00 歳）
	住　　所	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
	生　年　月　日	S00 年　00 月 00 日（ 00 歳）
	住　　所 （※代表申請者と異なる場合のみ記入）	
	電　話　番　号	111－1111－1111

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。

申請に係る不育症治療の種類及び申請額（☑をすること。）

- ☐ (1) 先進医療届出医療機関で受けた流死産検体を用いた遺伝子検査　金　円
- ☐ (2) 先進医療届出医療機関で受けた抗ネオセルフβ₂グリコプロテインⅠ複合体抗体検査　金　円
- ☐ (3) 先進医療届出医療機関で受けた(1)(2)以外の不育症治療
先進医療届出医療機関以外で受けた不育症治療　金　円

合計　円

・不育症治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，及び確認することを承諾します。また，不育症治療補助金の交付の決定の審査をするために必要な場合は，他の地方公共団体に情報の照会及び提供をすること並びに医療機関に受診等の証明の内容を照会することに同意します。
・この申請に係る不育症治療について，他の地方公共団体から補助を受けていません。
・不育症治療受診等証明書に記載の検査結果等について，個人が特定されない形で国に提出し，国がその情報を施策の検討に活用するための集約･分析等を行うことについて同意します。（先進医療として実施した流死産検体を用いた遺伝子検査又は抗ネオセルフβ₂グリコプロテインⅠ複合体抗体検査を受けた場合に限る。）

氏名（夫）　水戸　太郎　印（自署の場合は押印不要）　氏名（妻）　水戸　花子　印（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) 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・明細書の写し
(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) 治療終了日から起算して３月を経過した日又は当該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）
(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，不育症治療補助金の請求書として取り扱います。