

大洗町長 様

申請者 住所 大洗町 _____

氏名 _____ (印)

大洗町不妊治療費補助金交付申請書

大洗町不妊治療費補助の交付を受けたいので、大洗町不妊治療費助成交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記の通り申請します。

1. 補助金申請額

	男性不妊治療を除いた分（妻）	男性不妊治療分（夫）
①対象経費	円	円
②県補助交付決定額	円	円
③町補助金申請額（①－②） （ただし、上限15万円）	円	円

2. 治療の方法 1 体外受精 2 顕微授精（該当する方に○印）

3. 治療の期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日

4. 夫婦氏名等

	夫	妻
住 所		
氏 名		
生年月日		
電話番号		

5. 備考（どちらに○をつける）

<input type="checkbox"/>	今回が初めての申請
<input type="checkbox"/>	前回交付を受けた（ 回目）

添付書類

- 「茨城県不妊治療費補助金交付決定及び額の確定通知書」
- 「茨城県不妊治療費助成事業受診等証明書」の写し
- 「納税証明書」※（「不妊治療費補助金交付申請に係わる町税納付状況等調査承諾書」を提出する場合、納税証明書は不要です）