

様式第 1 号（第 7 条関係）

取手市特定不妊治療費（先進医療）助成金交付申請書

年 月 日

取手市長 殿

標記助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、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	治療開始時の年齢 () 歳
	住 所	〒	
	電話番号		
申請者	(フリガナ) 氏 名	() (夫 ・ 妻)	
	生年月日	年 月 日生	治療開始時の年齢 () 歳
	住 所	〒	
	電話番号		
婚姻関係		☐ 法律婚（戸籍謄本を添付）	☐ 事実婚（戸籍謄本及び申立書を添付）
☐ 助成要件確認のため、取手市長が住民基本台帳、税情報等を確認し、助成要件に関する事項を照会することについて同意します。			
☐ この申請に係る不妊治療について、取手市以外の地方公共団体の助成は受けていません。			
☐ 治療開始日から申請日までの間、夫婦のいずれかが取手市内に住所を有しています。			

- ※添付書類
- 1 不妊治療（先進医療）受診等証明書（様式第 3 号）
 - 2 領収書及び明細書
 - 3 その他関係書類
 - ・ 夫婦の一方が市外に住所を有する場合、住所を確認できる書類（住民票）
 - ・ 戸籍上の夫婦であることを証明する書類（戸籍謄本）
- ※事実婚関係にある場合は、夫婦それぞれの戸籍謄本及び事実婚関係に関する申立書（様式第 2 号）

市 町 村 使 用 欄	申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
	今回治療開始時妻年齢： 歳 (43歳以上は対象外)			
	初回治療開始時妻年齢： 歳	☐ 40歳未満→通算 6 回まで ☐ 40歳～42歳→通算 3 回まで	保険診療による治療実施 回数：通算 回目	
	備考欄			

取手市特定不妊治療費（先進医療）助成金交付申請書

20〇〇年 〇月〇日

取手市長 殿

標記助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

太枠の箇所をご記入ください。

記

代 表 申請者	(フリガナ) 氏 名	(トリデ タロウ) (夫 ・ 妻) 取手 太郎
	生年月日	昭和 60年 10月 1日生 治療開始時の年齢 (39) 歳
	住 所	〒302-0024 取手市新町25-5-25 取手ウェルネスプラザ2階
	電話番号	0297-85-6900
申請者	(フリガナ) 氏 名	(トリデ ハナコ) (夫 ・ 妻) 取手 花子
	生年月日	昭和 61年 3月 31日生 治療開始時の年齢 (38) 歳
	住 所	〒302-0024 取手市新町25-5-25 取手ウェルネスプラザ2階
	電話番号	0297-85-6900
婚姻関係		☐ 法律婚（戸籍謄本を添付） ☐ 事実婚（戸籍謄本及び申立書を添付）
☐ 助成要件確認のため、取手市長が住民基本台帳、税情報等を確認し、助成要件に関する事項を照会することについて同意します。 ☐ この申請に係る不妊治療について、取手市以外の地方公共団体の助成は受けていません。 ☐ 治療開始日から申請日までの間、夫婦のいずれかが取手市内に住所を有しています。		

※添付書類

- 1 不妊治療（先進医療）受診等証明書（様式第3号）
- 2 領収書及び明細書
- 3 その他関係書類

- ・夫婦の一方が市外に住所を有する場合、住所を確認できる書類（住民票）
 - ・戸籍上の夫婦であることを証明する書類（戸籍謄本）
- ※事実婚関係にある場合は、夫婦それぞれの戸籍謄本及び事実婚関係に関する申

こちらの3つの記載内容をすべてご確認し
た上で、全ての□に✓をつけてください。

写しでも可

住民票・戸籍謄本
は写しでも可
(但し、発行後3か月
以内のもの)

市 町 村 使 用 欄	申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
	今回治療開始時妻年齢：	歳 (43歳以上は対象外)		
	初回治療開始時妻年齢：	歳	☐ 40歳未満→通算6回まで ☐ 40歳～42歳→通算3回まで	保険診療による治療実施 回数：通算 回目
	備考欄			