（様式第１号・表面）

記入例

【注意事項】 申請期限は治療終了日から起算して60日以

申請期限に間に合わない場合は、速やかに保健所へご相談ください。

茨城県不妊治療費補助金

※代表申請者は，振込先口座の名義人と同じにしてください。
代表申請者＝夫　の場合，申請者＝妻
代表申請者＝妻　の場合，申請者＝夫
※夫婦それぞれの氏名を記入してください。
夫のみ，妻のみ，空欄は不可。

〇〇保健所長　殿

別居の場合は，必ず本県に住所を有する方を代表申請者としてください。

、関係書類を添

記

代表申請者	（フリガナ） 氏　　名	イバラキ　ハナコ 茨城　花子
	生年月日	昭和・平成（平成に〇）　〇年　〇月　〇日生　（　〇〇　）歳
	住　　所	〒310－8555 茨城市笠原町978－6
	電話番号	090－〇〇〇〇－〇〇〇〇
申請者	（フリガナ） 氏　　名	（　イバラキ　タロウ　）（夫（〇）・妻） 茨城　太郎
	生年月日	昭和・平成（平成に〇）　〇年　〇月　〇日生　（　〇〇　）歳
	住　　所	〒 同　上
	電話番号	029－〇〇〇－〇〇〇〇

金　３００，０００円
金　　円
金　３００，０００円
て低い方の額）※領収書・明細書を添付

ゆうちょ銀行の場合の支店名は，通帳の最初の見開きページの下に記載してある【店名】の漢数字３ケタ（「〇六八」など）を記入してください。

代表申請者振込先	金融機関名	〇〇 銀行（〇）・金庫・農協			〇〇			本店・支店（〇）・出張所	
	預金種別	普通 当座	（フリガナ） 口座名義		（　イバラキ　ハナコ　） 茨城　花子				
	口座番号	1	2	3	4	5	6		（左詰記入）

過去に、茨城県又は他の都道府県・指定都市・中核市でこの補助金（男性不妊治療分を含む）を受けたことがありますか
ない　・　ある（〇）　→　過去（　３　）回受けた　【男性不妊治療分】　ない（〇）　・　ある
補助金を受けた自治体名（　〇〇県、茨城県　）

振込先口座は，代表申請者名義の口座を記入してください。

都道府県・指定都市・中核市の助成歴を記入してください。
市町村独自で行う不妊治療費助成は助成歴に含みません。

保健所使用欄

申請受理年月日	（承認・不承認）決定
申請者番号	今回治療開始時妻年
初回治療開始時妻年齢：	未満→通算６回まで ～42歳→通算３回まで セットした場合の状況
他	申請回数：通算　回目（うち他自治体分　回）
助 上	30万円）　□C、F(10万円) 30万円）　□無
所	円 ／ 合計　円

提出書類省略
・□住民票省略有（(前回申請　年　月）　□住民票省略無
・□戸籍省略有（2回目以降法律婚）　□戸籍省略無（初回申請、事実婚、夫婦別居）