

東海村長 様

申請者 住所  
氏名 ⑩  
電話番号

**東海村不妊治療費助成金交付申請書**

東海村不妊治療費助成金の交付を受けたいので、東海村不妊治療費助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

不妊治療医療機関等の名称	所在地 名 称
治療年月日	年 月 日 ~ 年 月 日
県補助金	金 円 —①
助成対象経費 (茨城県不妊治療費助成事業受診等 証明書の領収金額)	金 円 —②
②-①	金 円 —③
助成申請額  (③が75,000円以上の場合は75,000円 ③が1,000円以上75,000円未満の場合は ③の額)	金 _____ 円 (1,000円未満は切り捨て)

交付決定された助成金については、次の口座に振り込んでください。

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	(フリガナ)
				口座名義

<添付書類>

- 茨城県不妊治療費補助金交付決定通知書の写し
- 茨城県不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
- その他村長が必要と認める書類

確認し印

- 

交付決定の 決裁欄	課長	課長補佐	係長	担当

本票審査者