

前橋市一般不妊治療費助成金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

(宛先) 前橋市長

(申請者)

住 所：〒	—
氏 名：	_____ (印)
電話番号：	_____

関係書類を添えて、下記のとおり前橋市一般不妊治療費の助成を申請します。
 なお、助成の可否を決定するにあたり、住所及び婚姻関係の有無を確認するために、市が私たち夫婦の住民基本台帳情報を確認することを承諾します。
 また、不妊治療の実施に関して治療を行った医療機関に照会することについて同意します。

	ふりがな 氏 名	生 年 月 日
対象者	夫	昭和・平成 年 月 日
	妻	昭和・平成 年 月 日
	配偶者住所	〒 — 電話番号： ※単身赴任等の理由で夫婦の住所が異なる場合にのみ記入してください。
申請回数	第 回目	〔 過去申請 年度 年度 〕
助成金交付申請額	円	※治療に要した自己負担総額の2分の1(百円未満は切り捨てる)を助成対象とし、5万円を限度額とします。
添付書類	1. 一般不妊治療費助成事業医療機関受診証明書(様式第2号) 2. 医療保険証の写し(検査・治療している方のもの) 3. 不妊治療費の領収書(原本) 4. 未納税額のない証明【完納証明】(夫婦それぞれのもの)	申請受付印
	必要に応じ 1. 住民票(夫婦のどちらかの方が市外の場合、市外の方の住民票) 2. 戸籍謄本(別世帯等で、婚姻関係が確認できない場合)	

【注意事項】

- 1 太枠の中をご記入下さい。
- 2 交付決定後の助成金振込口座は、申請者名義の口座となります。

交付決定日	年 月 日	受付番号	ID
交付 ・ 不交付	住所・居住期間 <input type="checkbox"/>	婚姻 <input type="checkbox"/>	納税 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/>