

令和5年度前橋市不妊治療費助成金交付申請兼実績報告書

(宛先) 前橋市長

関係書類を添えて、下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。
また、市が次の照会及び提供することについて同意します。

- (1)助成の可否を決定するにあたり、住所、婚姻関係の有無を確認するために、私たち夫婦の住民基本台帳情報を照会すること。
- (2)助成の適正を図るため、他の自治体に助成金の給付状況の照会、提供すること。
- (3)助成の適正を図るため、治療を行った医療機関及び調剤薬局に治療の内容を照会すること。

記

		申請日	令和	年	月	日	
氏名	申請者	ふりがな () 氏名	生年月日	昭和・平成	年	月	日
	配偶者	ふりがな () 氏名	生年月日	昭和・平成	年	月	日
事実婚の方は、こちらにチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/>							
住所	申請者	前橋市	〒 ()	電話番号	()		
	配偶者	※申請者と異なる場合のみ記入	〒 ()	電話番号	()		

対象経費 (A)一般不妊治療費 (タイミング法、人工授精等) いずれも
(B)生殖補助医療費 (体外受精、顕微授精、胚移植等) 令和5年1月1日から12月31日までの受診分
(C)男性不妊治療費 (生殖補助医療を伴う精巣内精子採取術等の手術)

(A)一般不妊治療と(B)生殖補助医療

不妊治療の助成対象額		
① 保険診療分	② 自由診療分	合計 (①+②)
円	円	円

助成金交付申請額
円

※「合計」の2分の1(100円未満は切り捨て)、15万円を限度額とします。

(C)男性不妊治療 ※生殖補助医療を伴う精巣内精子採取術等の手術に限る

男性不妊治療の助成対象額		
① 保険診療分	② 自由診療分	合計 (①+②)
円	円	円

助成金交付申請額
円

※「合計」の2分の1(100円未満は切り捨て)、5万円を限度額とします。

添付書類	<input type="checkbox"/> 1 前橋市不妊治療費助成事業受診等証明書 (様式第2号)
	<input type="checkbox"/> 2 未納税額のない証明【完納証明】 (夫婦それぞれのもの)
添付書類	<input type="checkbox"/> 3 医療保険証のコピー (検査又は治療している方のもの)
	<input type="checkbox"/> 4 領収書の原本及びコピー ※
	<input type="checkbox"/> 5 領収書の内容が確認できる診療明細書の原本及びコピー ※ (注意) ※4と5は、原本とコピーの両方を提出ください。受付後、原本を返却します。
必要に応じ添付するもの	<input type="checkbox"/> 1 住民票 夫婦のどちらかが市外在住の場合
	<input type="checkbox"/> 2 戸籍謄本 夫婦が別世帯の場合 及び 事実婚の場合
	<input type="checkbox"/> 3 二人の事実婚関係に関する申立書 事実婚の場合

受付印

市処理欄

交付決定日		受付番号		ID		交付者	
<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 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"/>	