

令和6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

今年度の申請は 初回 ・ 2回目以降 です。

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		〒 ()	電話番号 ()	
※申請者と異なる場合のみ記入					

<要件の確認> 全ての要件に当てはまること

- 1 法律上の婚姻関係にある夫婦（事実婚を含む）です
- 2 令和5年12月31日以前かつ申請日の1年以上前から引き続き前橋市に住所を有しています
- 3 医療保険各法における被保険者又は被扶養者です
- 4 申請日において市税の未納がありません

(A)一般不妊治療と (B)生殖補助医療

※「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。

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

(C)男性不妊治療 ※生殖補助医療を伴う精子採取術の手術に限る

※「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。

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

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） <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 <u>原本及びコピー</u> ※ <input type="checkbox"/> 5 領収書の内容が確認できる診療明細書 の <u>原本及びコピー</u> ※ （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。 ※コピーは日付順、縮小コピーは70%までにしてください。
	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"/>	