

令和6年度前橋市不育症治療費助成金交付申請書兼実績報告書

(宛先) 前橋市長

関係書類を添えて、次のとおり不育症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) 不育症治療費助成金の申請にあたり、申請者及び配偶者の住所、婚姻関係の有無について、市が保有する情報を確認し並びに不育症診断・治療等実施証明書等の内容を医療機関等に確認すること。
- (2) 適正な助成金の交付のために必要な場合には、他の地方公共団体に情報の照会及び提供を行うこと。

		申請日	令和	年	月	日
	氏名	生年月日				
申請者	(ふりがな)	昭和 平成	年	月	日	
配偶者	(ふりがな)	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	〒 電話番号 ()				
	配偶者	※単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等、夫婦の住所が異なる場合のみ記入 〒 電話番号 ()				

不育症検査及び治療に要した額 実施証明書の領収金額	円
助成金交付申請額 上記の2分の1(100円未満は切り捨て)を助成対象とし、10万円を限度額とします。	円

添付書類	必須	(1) 不育症治療費助成事業 診断・治療等実施証明書(様式第2号) (2) 不育症治療に係る領収書原本及び診療明細書 (3) 医療保険証の写し(検査・治療している方のもの) (4) 税の未納がないことの証明書(完納証明 夫婦2人分)	受付印
	必要に応じ	(1) 住民票(夫婦どちらかの方が市外の場合) (2) 戸籍謄本 (別世帯等で、婚姻関係が確認できない場合及び事実婚の場合) (3) 事実婚関係に関する申立書(事実婚の場合)	

市処理欄

交付決定日	受付番号	ID
<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"/>	