

令和7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

この申請は、今年度 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 () <small>※申請者と異なる場合のみ記入</small>	

(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

<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6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

受付印

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	受付者