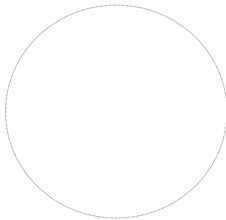


申請期限：令和9年2月26日(金)

令和8年度前橋市不育症治療費助成金交付申請書

(宛先)前橋市長

次 の 事 項 に 同 意 ・ 誓 約 の う え 、 不 育 症 治 療 費 の 助 成 を 申 請 し ま す 。
(□ に チェック を 付 け て く だ さ い)



- 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 適 正 を 図 る た め 、 他 の 自 治 体 に 助 成 金 の 給 付 状 況 の 照 会 及 び 提 供 す る こ と
(2) 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 内 容 を 照 会 す る こ と
(3) 助 成 の 可 否 の 決 定 に あ た り 、 住 所 、 婚 姻 関 係 の 有 無 を 確 認 す る た め 、 住 民 基 本 台 帳 情 報 を 照 会 す る こ と
申 請 に 伴 い 提 出 し た 書 類 に つ い て 、 返 還 を 求 め る こ と が で き な い 旨 同 意 し ま す 。
暴 力 団 等 の 反 社 会 的 勢 力 と 関 係 を 有 す る 者 で は な い こ と を 誓 約 し ま す 。

記

この申請は、今年度 □初回 ・ □2回目以降 です。
申請日 年 月 日
氏名 申請者 ふりがな () 氏名 生年月日 年 月 日 加入医療保険 保険者名称
配偶者 夫りがな () 氏名 生年月日 年 月 日 加入医療保険 保険者名称
事実婚の方は、こちらにチェックを入れてください □
現住所 申請者 〒 (-) 電話番号 () ※転出済の場合、転出地の住所を記入
配偶者 〒 (-) 電話番号 () ※申請者と異なる場合のみ記入

助成金振込先(申請者の口座情報)

Table with columns: 金融機関名 (銀行・金庫 組合・農協), 本店・支店 支所・出張所, 預金種目 (普通・当座), 口座番号, 口座名義(カナ)

※助成対象額の2分の1(100円未満は切り捨て)、 10万円を限度額とします。

不育症検査及び治療の助成対象額 円

助成金交付申請・請求額 円

市処理欄

交付決定日 受付番号 ID 受付者
□ 交付 ・ □ 不交付 □ 既往または診断 □ 住所 □ 婚姻 □ 納税 □ 医療保険各法
□ 転出者 ※転出確定日: 年 月 日