

## 令和7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 |
|                                                  |        | 生 年 月 日                                                    |    |   |   |   |
| 申請者                                              | (ふりがな) | 昭和                                                         |    | 年 | 月 | 日 |
|                                                  |        | 平成                                                         |    |   |   |   |
| 配偶者                                              | (ふりがな) | 昭和                                                         |    | 年 | 月 | 日 |
|                                                  |        | 平成                                                         |    |   |   |   |
| 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    | 〒 ー 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<br>〒 ー 電話番号 ( ) |    |   |   |   |

|                                                       |   |
|-------------------------------------------------------|---|
| 不育症検査及び治療に要した額<br>実施証明書の領収金額                          | 円 |
| 助成金交付申請額<br>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)<br>(2) 不育症治療に係る領収書原本及び診療明細書<br>(3) 医療保険証の写し(検査・治療している方のもの)<br>(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)<br>(2) 戸籍謄本<br>(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)<br>(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"/> |  |    |  |