

前橋市一般不妊治療費助成金交付申請書兼実績報告書

令和 年 月 日

(宛先) 前橋市長

関係書類を添えて、下記のとおり前橋市一般不妊治療費の助成を申請します。また、市が次の照会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、住所及び婚姻関係の有無を確認するために、市が私たち夫婦の住民基本台帳情報を照会すること。

(2) 不妊治療の実施に関して治療を行った医療機関に照会すること。

記

申請者	ふりがな () 氏名	生年月日 昭和 年 月 日 平成
配偶者	ふりがな () 氏名	生年月日 昭和 年 月 日 平成
住所	申請者 〒 - 電話番号	
	配偶者 〒 - 電話番号	
※申請者と異なる場合のみ記入 (例 単身赴任等の理由で夫婦の住所が異なる場合)		
申請回数	第 回目	【過去の申請年度】 1回目 年度 2回目 年度
一般不妊治療に要した額 (受診証明書の医療費領収金額)		金 _____ 円
助成金交付申請額 (上記金額の2分の1(百円未満は切り捨て)を助成対象とし、10万円を限度額とします。)		金 _____ 円
添付書類	<input type="checkbox"/> 1 一般不妊治療費助成事業医療機関受診証明書(様式第2号) <input type="checkbox"/> 2 医療保険証の写し(検査・治療している方のもの) <input type="checkbox"/> 3 不妊治療費の領収書(原本) <input type="checkbox"/> 4 未納税額のない証明【完納証明】(夫婦それぞれのもの)	受付印
	必要に応じ添付するもの <input type="checkbox"/> 1 住民票 夫婦のどちらかの方が市外在住の場合、市外の方のもの <input type="checkbox"/> 2 戸籍謄本 夫婦が別世帯のため、婚姻関係が確認できない場合	

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