

前橋市不育症治療費助成事業交付申請書兼実績報告書

年 月 日

(宛先) 前橋市長

(申請者) 住所:

氏名:

電話番号:

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。

対象者	氏名		生年月日	
	夫	(ふりがな)	昭和 平成	年 月 日
	妻	(ふりがな)	昭和 平成	年 月 日
配偶者住所 (夫・妻)	※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 () _____			
①不育症治療費の助成申請 申請する ・ 申請しない		回目	過去申請	年度 年度
②先進医療の届出医療機関で実施した検体検査費の助成申請：申請する (回目) ・ 申請しない				
不育症検査及び治療に要した額 (先進医療分を除く)		円	助成金交付申請額	円
先進医療届出医療機関で実施した検体検査に要した額		円	助成金交付申請額(先進医療分)	円

同意書

不育症治療費助成金の申請にあたり、市職員が、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及び調剤薬局に確認することに同意します。

また、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に同意します。

申請者氏名 _____ 年 月 日

配偶者氏名 _____

(注) 太枠の中を記入してください。

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) (3) 不育症治療費助成事業 治療等実施証明書 (様式第3号) (4) 不育症検査結果個票 (様式第4号) (先進医療の届出医療機関で流産検体の染色体検査をした場合)	

市役所 処理欄	決定年月日		<input type="checkbox"/> 承認	<input type="checkbox"/> 不承認
	受付番号	ID	申請回数	年目
	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 居住期間 <input type="checkbox"/> 納税 <input type="checkbox"/> 保険証		先進医療	回目
	年度内助成金額：1回目		円：2回目	円：3回目