

不妊治療費助成金交付申請書

（宛先）伊勢崎市長

申請日	年 月 日	申請回数第 回目 （前回申請： 年度）
申請者	ふりがな 氏名（夫）	⑩ 年 月 日生 歳 伊勢崎市に住み始めた日 年 月 日
	ふりがな 氏名（妻）	⑩ 年 月 日生 歳 伊勢崎市に住み始めた日 年 月 日
	住 所	〒 伊勢崎市 婚姻届を出した日 年 月 日 （婚姻年数 年）
	住所② ※単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合（夫・妻） 〒	電話番号 連絡先電話番号（ ） 治療対象児 第 子
不妊治療費総額 (A)	円	申請年度内に治療に要した自己負担額の合計額 ※受診証明書のCの金額
上記金額に対する群馬県不妊に悩む方への特定治療支援事業助成金受給の有無及び金額 (A')	有 ・ 無	「無」の場合にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 対象外 <input type="checkbox"/> 所得制限による <input type="checkbox"/> 通算申請回数が上限に達したため <input type="checkbox"/> その他（ ）
助成金交付申請額	円	$((A) - (A')) \times 1/2$ （千円未満切り捨て） 10万円を限度とします。
助成金の振込先	ふりがな	金融機関名
	口座名義人氏名 （申請者いずれかの口座）	支店名
	預金種別	普通 ・ （ ）
添付書類	1 不妊治療費助成金医療機関受診証明書（様式第3号） 2 医療保険証の写し 3 市税等の滞納がないことを証明する書類（完納証明書） 4 不妊治療費の領収書 5 群馬県不妊に悩む方への特定治療支援事業承認決定通知書（対象者のみ） ※夫婦の住所が異なる場合は、それぞれの住民票及び戸籍謄本を添付してください。	

私は、伊勢崎市不妊治療費助成金の交付に必要な事項として、住民基本台帳を閲覧することに同意いたします。また、適正な交付のために必要な場合は、市が群馬県へ特定治療支援事業助成金申請に関わる情報の照会をすることに同意します。

夫：氏名 ⑩

妻：氏名 ⑩

※処理欄（記入しないでください。）

申請受理日	年 月 日	交付決定日	年 月 日	交付決定額
番 号			交付 ・ 不交付	円