

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）	歳		伊勢崎市に住み始めた日 年 月 日
	ふりがな 氏名（妻）	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 ※单身赴任等で夫婦の住所が異なる場合 〒	連絡先電話番号（		
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')) × 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		振込先の通帳をお持ちください。
	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	<ol style="list-style-type: none"> 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） <p>※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。</p>			
<p>添付書類の3、4、5については原本を提出してください。 4と5については確認後に原本をお返しします。</p>		<p>夫婦それぞれの「完納証明書」 おおむね1か月以内のもの</p>		<p>申請者欄と同じ印をそれぞれ押印してください。</p>
<p>夫婦それぞれをそれぞれ押印してください。</p>		<p>申請者欄と同じ印をそれぞれ押印してください。</p>		<p>夫：氏名 ①</p> <p>妻：氏名 ①</p>
申請受理日	年 月 日		交付決定日	交付決定額
番 号			交付 ・ 不交付	円

不妊治療費助成金医療機関受診証明書

申請者記入欄	ふりがな		年 月 日生
	氏名（夫）		
	ふりがな		年 月 日生
	氏名（妻）		
	住 所	〒 伊勢崎市	連絡先電話番号

※ 上記申請者について、下記事項の証明をお願いします。

主治医記入欄	診療開始日	年 月 日	診断名	
	診療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	上記診療期間内の治療として、次の○印を付した治療を受けました。 1. 体外受精又は顕微授精 2. 申請年度内（4月1日から翌年の3月31日まで）の診療機関です。 上記のとおり証明します。 年 月 日 主治医氏名 ⑩			

医療機関記入欄		保険薬局記入欄	
医療費	保険診療総点数点	薬剤費	保険診療総点数点
	A:被保険者負担額円		A:被保険者負担額円
	B:保険診療適用外負担額円		B:保険診療適用外負担額円
C:受診者からの領収額合計 (A+B)円		C:受診者からの領収額合計 (A+B)円	
上記のとおり証明します。 年 月 日 医療機関の住所・氏名又は名称 ⑩		上記のとおり証明します。 年 月 日 保険薬局の住所・氏名又は名称 ⑩	

※ 申請年度（4月1日から翌年の3月31日まで）内の不妊治療に要した費用のみを医療機関と保険薬局別々に記入し、証明してください。