

様式第 2 号（第 6 条関係）

不育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)	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)	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)	
		連絡先電話番号 ()		治療対象児 第 子	
	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
不育治療費総額 (A)		円		年度内の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育症検査費用助成事業助成金受給の有無及び金額 (A')		有 ・ 無 円		※「無」の場合にチェックしてください。 ☐ 対象外 ☐ 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) 20万円を限度とします。	
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 ・ ()		口座番号	
添付書類	1 不育治療費助成金医療機関受診証明書(様式第4号) 2 医療保険証のコピー ※夫婦それぞれのもの 3 不育治療費の領収書原本及びコピー(原本は返却します) 4 群馬県不育症検査費用助成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、戸籍謄本を添付してください。また、いずれかが本市に住所のない場合は、その方の住民票抄本を添付してください。				

私は、伊勢崎市不育治療費助成金の交付に必要な事項として、市が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、市が群馬県及び他市町村へ同種の補助に関わる情報の照会をすることに同意いたします。

夫：氏名

妻：氏名

※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