

記入・提出上のご注意

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 (前回申請:)	回目 (年度)
ふりがな氏名 (夫)	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)	月 日生 歳	伊勢崎市に住み始めた日 年 月 日	
住所①	伊勢崎市		
連絡先電話番号	()		
住所② ※単身赴任等で夫婦の住所が異なる	〒		
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')	円	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"/> 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) を限度とします。	
助成金の振込先	ふりがな	氏名	
	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。		

必要に応じ、申請内容についてお問い合わせ等することがありますので、平日昼間連絡の取りやすい電話番号を記入してください。

夫婦のいずれかが1年以上継続して伊勢崎市に住民登録していることが必要です。また、助成対象となるのは婚姻届出後の治療です。

振込先は、伊勢崎市に住所がある申請者の口座でお願いします。

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	
番号		交付	

住民基本台帳の閲覧等に同意いただいたら氏名記入をお願いします。(同意いただけない場合、別に必要書類が発生します。お問い合わせください)