

安中市長 様

申請者	フリガナ		
	氏名（夫）		安中市に住み始めた日
	生年月日	年 月 日生	年 月 日
	フリガナ		
	氏名（妻）		安中市に住み始めた日
	生年月日	年 月 日生	年 月 日
	住所	〒 安中市 電話番号	婚姻届を出した日
住所（2） ※単身赴任等により夫婦の住所が異なる場合	〒（夫・妻） 電話番号		
群馬県不育症検査費用助成金受給の有無			有 ・ 無
不育症治療費総額	円	申請年度内の治療に要した本人負担額の合計から医療保険に基づく給付金及び群馬県が実施する不育症検査費用助成の額を差し引いた額	
助成金申請額 ※20万円が上限	円	上記の額に2分の1を乗じて得た額（1,000円未満の端数は、切り捨てる。）	
助成金の振込先の申請者のうちのいずれかの口座	口座名義人		
	金融機関名	支店名	
	口座種別	普通・当座	口座番号

私は、助成金の審査に必要な事項として、次の事項について事務担当者が閲覧又は調査することに同意します。

- 1 市税及び国民健康保険税の納入状況を閲覧すること。
- 2 住民基本台帳を閲覧すること。
- 3 群馬県不育症検査費用助成金の申請及び受給の有無について調査すること。

夫氏名
妻氏名

添付書類

- (1) 不育症治療に係る領収書
- (2) 医療保険各法による医療保険証の写し

市処理欄

受理日	年 月 日	交付決定日	年 月 日	交付決定額
受付番号			交付・不交付	