

不妊治療費助成金交付申請書

安中市長 様

申請日		年 月 日	申請回数：第 回 (前回申請： 年度)	
申請者	夫			安中市に住み始めた日
		年 月 日生	年 月 日	
	妻			安中市に住み始めた日
		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) ※単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合	〒 (夫・妻) 安中市 電話番号		年 月 日	
群馬県が実施する特定の不妊治療に係る費用の助成の有無				有・無
不妊治療費総額	円		申請年度内の治療に要した負担額の合計から群馬県が実施する特定の不妊治療に係る費用の助成の額を差し引いた額	
助成金申請額	円		上記の2分の1の額(千円未満は切捨て)10万円を上限とする	
助成金の振込先 (申請者いずれかの口座)	(フリガナ) 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、安中市不妊治療費助成金の交付に必要な事項として、次の事項について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 群馬県が実施する特定の不妊治療に係る費用の助成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 \_\_\_\_\_

※ 裏面のご記入もお願いします

添付書類	1 不妊治療費助成事業医療機関受診証明書(様式第2号) 2 医療保険証の写し 3 不妊治療費の領収書
------	--

安中市処理欄

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	円

※申請者をご記入ください。

不妊治療費のうち自己負担額の内訳			
治療年月	自己負担額	治療の種類※	備考
年 4月	円	1・2	
5月	円	1・2	
6月	円	1・2	
7月	円	1・2	
8月	円	1・2	
9月	円	1・2	
10月	円	1・2	
11月	円	1・2	
12月	円	1・2	
年 1月	円	1・2	
2月	円	1・2	
3月	円	1・2	
合 計	円		
上記の自己負担額の領収書を申請時に必ず提出してください。なお、文書作成料等の不妊治療に係る費用と認められない費用については助成の対象となりません。			
※治療の種類の内訳 1 体外受精及び顕微授精 2 その他医師が認めた不妊治療			