

いずれかを○で囲んでください

館林市不妊治療費等助成金交付申請書兼請求書（一般・特定・男性・不育）

夫婦別の印を押印してください

館林市長様

申請者	ふりがな	夫		妻	
	氏名	印		印	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日（歳）		昭和・平成 年 月 日（歳）	
住所	〒 電話（ ）				
	館林市				
治療対象児（第 子）					
過去に館林市不妊治療費等助成金を受けたことがありますか					
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある →うち一般不妊治療（ ）（ ）（ ）（ ）（ ）年度、通算（ ）回 特定不妊治療 通算（ ）回、その他（ ）					
群馬県不妊に悩む方への特定治療支援事業の申請は					
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある →下記のBへ金額を記入					
A. 治療に要した自己負担総額 (別記様式第2号受診証明書の医療費(3)及び薬剤費(3)の合計額)				円	
B. 群馬県不妊に悩む方への特定治療支援事業助成額				県の助成金額 円	
自己負担総額から県の助成額を差し引いた額の2分の1 = (A - B) ÷ 2				円	
助成金申請額兼請求額 (上限金額：一般5万円、特定10万円、不育30万円、男性15万円、ただし千円未満切り捨て)				円	
振込先	金融機関名	支店名		預金種別	普通・当座
	ふりがな 口座名義人	口座番号		ご夫婦どちらの名義でも大丈夫です	

連絡がとれる電話番号(携帯可)

太枠内は提出時に書類を確認しながらご記入
いただきたいので、空欄のままお持ちください

本助成金の申請に必要な事項として、住民基本台帳等の閲覧、市税等の納入状況を確認することに同意します。

提出時に窓口にて記入します

夫自署氏名 _____

年 月 日

妻自署氏名 _____

(添付書類)

- 1 館林市不妊治療費等助成事業医療機関受診証明書（別記様式第2号）
- 2 治療費の領収書（コピー不可）
- 3 群馬県不妊に悩む方への特定治療支援事業の助成を受ける場合は、その承認状

ご夫婦の署名が必要です

※市記載欄

申請受理日	年 月 日	婚姻・住居期間確認 (市民課)	確認日：	確認者
受付番号			婚姻 有 ・ 無	
交付決定日	年 月 日	納税状況確認 (納税課)	夫： ~	滞納 有 () ・ 無
交付決定額	円		妻： ~	