別記様式第１号（第６条関係）

記入のご案内

いずれかを〇で囲んでください

館林市不妊治療費等助成金交付申請書兼請求書（ 一般 ・ 生殖 ・ 男性 ・ 不育 ）

館林市長　様

夫婦それぞれの印（朱肉使用）を押印してください

		夫	妻
申請者	フリガナ 氏　名	印	印
	生年月日	年　月　日（　歳）	年　月　日（　歳）
住　所		〒　電話　（　）	
		館林市	

連絡がとれる電話番号（携帯可）

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

・ない　・ある　→うち一般不妊治療（　）（　）（　）（　）（　）年度、通算（　）回

生殖補助医療　通算（　）回、その他（　）

群馬県先進医療不育症検査費用助成事業の申請はあり

・ない　・ある　→下記のＢへ金額を記入

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

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．群馬県先進医療不育症検査費用助成事業助成額	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、生殖10万円、男性15万円、不育30万円、ただし千円未満切捨て）	円

県の助成金額

振込先	金融機関コード		支店コード	預金	普通・当座
	金融機関名		支店名		
	フリガナ 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

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご夫婦の署名が必要です

（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　当該治療に係る領収書及び診療明細書の写し
３　夫婦それぞれが医療保険に加入していることを確認できるものの写し
４　群馬県先進医療不育症検査費用助成事業により助成を受けた場合は、当該助成事業の承認決定通知書の写し

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

※市記載欄