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 ）

館林市長様

申請者	フリガナ 氏　名	夫 印	妻 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

・ない　　・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費用助成事業の申請はありますか

・ない　　・ある　→下記のＢへ金額を記入

群馬県不育症検査費用助成事業の申請はありますか

・ない　　・ある　→下記のＣ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費用助成事業助成額	円
Ｃ．群馬県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－Ｃ）÷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、ただし千円未満切捨て）	円

振込先	金融機関コード		支店コード		預金種別	普通・当座 貯蓄・(　)
	金融機関名		支店名			
	フリガナ 口座名義人		口座番号			

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。

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　治療費の領収書及び診療明細書（コピー不可）
３　群馬県不妊に悩む方への特定治療費用助成事業の助成を受ける場合は、その承認決定通知書
４　群馬県不育症検査費用助成事業の助成を受ける場合は、その承認決定通知書

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
			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（納税課）	確認日：	
交付決定額	円		滞納　有（　）・無	

※市記載欄