

記入のご案内

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）

館林市長様

夫婦別の印を押印してください

申請者	フリガナ氏名	夫 印	妻 印
	生年月日	年 月 日（歳）	年 月 日（歳）
住所	〒	電話（ ）	
	館林市		

治療対象児（第 子）

連絡がとれる電話番号（携帯可）

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（ ）

群馬県先進医療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

県の助成金額

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、ただし千円未満切捨て）

円

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

（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（コピー不可）

3 医療保険証の写し

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る場合は、当該助成事業の承認決定通知書

ご夫婦の署名が必要です

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	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		