

桐生市不妊治療費助成金交付申請書

（宛先） 桐生市長

申請日		年 月 日	申請回数：第 回目（前回申請： 年度）	
申請者	夫	年 月 日生 歳		桐生市に住み始めた日 年 月 日
	妻	年 月 日生 歳		桐生市に住み始めた日 年 月 日
	住所	〒376- 桐生市 町		婚姻届を出した日 年 月 日 電話連絡先
群馬県不妊に悩む方への特定治療支援事業による助成の有無			有 ・ 無	不妊治療対象児 第 子
助成対象額	円		申請年度内の治療に要した負担額の合計から群馬県不妊に悩む方への特定治療支援事業の助成額を差し引いた額	
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 ・	口座番号

私は、桐生市不妊治療費助成金の交付に必要な事項として、住民基本台帳の閲覧と群馬県不妊に悩む方への特定治療支援事業による助成の有無について確認することに同意します。

夫自署氏名 _____

妻自署氏名 _____

添付書類	<ol style="list-style-type: none"> 桐生市不妊治療費助成事業医療機関受診証明書（様式第2号） 医療保険被保険者証の写し 不妊治療費の領収書 群馬県不妊に悩む方への特定治療支援事業に該当している場合、県の承認決定通知 市税完納証明書
------	---

桐生市処理欄

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