

桐生市不育症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	ふりがな		桐生市に住み始めた日:	
		年 月 日 生 歳		年 月 日	
	妻	ふりがな		桐生市に住み始めた日:	
		年 月 日 生 歳		年 月 日	
	住 所	〒376- 桐生市 町		婚 姻 日: 年 月 日	
				連絡先	
不育症治療対象児				第 子	
他の地方公共団体から同一の不妊治療に 対し同種の補助の有無			有 ・ 無	左記有に該当の場合 他の地方公共団体名	
助成対象額		円	申請年内の不妊症検査及び治療に要した負担額の合計 から群馬県不育症検査費用助成事業の助成額を差し引 いた額		
助成金申請額 *助成決定額と 異なる場合 があります	治療費	円	上記助成対象額の2分の1の額（千円未満は切捨て） 20万円を上限とする。		
	交通費	有 ・ 無	県外医療機関に通院の場合のみ。		
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、桐生市不育症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他の地方公共団体より助成申請及び受給の有無について調査することに同意します。また、不育症治療の実施に関して、治療を行った医療機関等に照会することについて同意します。

夫氏名(自署) _____

妻氏名(自署) _____

添 付 書 類	1. 桐生市不育症治療費助成事業医療機関受診証明書（様式第2号）
	2. 不育症検査及び治療に要した医療費の領収書（原本）
	3. 医療保険の加入が確認ができるもの（夫婦それぞれのもの） （被保険者記号・番号がわからないようコピーしてください。）
	4. 市税完納証明書（夫婦それぞれのもの）
	5. 群馬県不育症検査費用助成事業の助成を受けている場合、県の承認決定通知書
	【夫婦のどちらか一方の住民登録が市外にある場合】
	6. 住民票（市外にある者）
	7. 戸籍謄本

桐生市処理欄

受 付 番 号		住所・居住期間	☐	受 付 印
助成対象額	円	保 険 証	☐	
		婚姻	☐ ・ 納税 ☐	
交付決定額	(治療費)	円	交付決定日	年 月 日
	(交通費)	円	交付	・ 不交付