

渋川市不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

渋川市長 様

下記の事項に同意の上、関係書類を添えて不育症治療費助成金を申請及び請求します。

- 1 助成金の交付日付は記入しないで提出ください
2 群馬県不育症検査費用助成金受給の有無について調査すること。

申請者本人(夫・妻)の署名が必要です

申請日	年 月 日	申請回数：通算 2 回目 (前回申請：令和4年度)		
申請者	夫(署名)	氏名 保 健 太 朗 生年月日 平成〇年 〇月 〇日		
	妻(署名)	氏名 保 健 花 子 生年月日 平成〇年 〇月 〇日		
	住所	〒377-0008 渋川市渋川×××× 電話番号 090(〇〇〇〇)〇〇〇〇		
群馬県不育症検査費用助成金受給の有無	有・ <input checked="" type="radio"/>	治療対象児 第 1 子		
不育症治療費総額	円	検査及び治療に要した医療費の合計①		
群馬県の助成額	円	群馬県不育症検査費用助成金額②		
助成対象額		①-②		
助成金申請額 兼請求額	円	上記の2分の1の額(百円未満は切捨て) 30万円を上限		
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	(ホケン ハナコ 保 健 花 子)		
	金融機関名	〇〇銀行	支店名	〇〇支店
	口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通・当座	口座番号	×××××××

添付書類	1 渋川市不育症治療費助成事業医療機関受診証明書 2 当該治療費の領収書(原本) 3 医療保険証の写し(夫婦両方のもの) 4 県の助成を受けた場合は、県の承認決定通知書の写し 5 夫婦いずれか一方の住民登録が市外にある場合、その者の住民票 6 夫婦の世帯が異なり、かつ、本籍地が市外の場合は、婚姻関係を証する戸籍謄本	保険証は夫婦両方の写しが必要です
------	---	------------------

渋川市処理欄

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