

別記様式 1 号（第 6 条関係）

板倉町不妊及び不育治療費助成金交付申請書兼請求書（一般・特定・男性・不育）

年 月 日

板倉町長様

申請者	ふりがな 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（ ） 板倉町		

治療対象児（第 子）	
過去に板倉町不妊及び不育治療費助成金を受けたことがありますか ・ない ・ある→通算（ ）回	
特定不妊治療に対する群馬県特定不妊治療費助成金の申請はありますか ・ない ・ある→下記 B 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. 群馬県特定不妊治療費助成額	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) ÷ 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、ただし千円未満切り捨て)	円
振込先	金融機関名 支店名 預金種別 普通・当座
	ふりがな 口座名義人 ※申請者の口座に限る 口座番号

(添付書類)

- 1 板倉町不妊及び不育治療助成事業医療機関受診証明書（別記様式第 2 号）
- 2 板倉町不妊及び不育治療費助成金交付申請に係る状況照会に関する同意書（別記様式第 3 号）
- 3 医療保険証（夫婦分）
- 4 治療費の領収書（コピー不可）
- 5 群馬県特定不妊治療費助成事業の対象となる場合は、特定不妊治療費助成事業承認決定通知書

※町記載欄

申請受理日	年 月 日	交付決定日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 婚姻・居住期間確認 <input type="checkbox"/> 納税状況確認		交付決定額	円