

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）

板倉町長様

申請者	ふりがな	夫	妻
	氏名	印	印
	生年月日	昭和・平成 年 月 日（ 歳）	昭和・平成 年 月 日（ 歳）
住所	〒374- 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→うち、一般（ ）回、特定（ ）回、男性（ ）回、不育（ ）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及び薬剤費の合計額)	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 1 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	口座番号		

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、町税等の納入状況を確認することに同意します。

夫自署氏名 _____

年 月 日

妻自署氏名 _____

(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 治療費の領収書（コピー不可）
- 3 群馬県不妊に悩む方への特定不妊治療費助成事業の助成を受ける場合は、その承認決定通知書

※町記載欄

申請受理日	年 月 日	納税状況	滞納：無・有 (確認日 年 月 日)	確認者
交付決定日	年 月 日	婚姻	有・無	確認者
交付決定額	円	居住期間	夫：1年以上・未満 妻：1年以上・未満	
		健康保険	夫：加入・未加入 妻：加入・未加入	