

様式第1号(第5条関係)

不妊治療費助成金交付申請書

富岡市長 あて

申請日	年 月 日	申請回数：第 回目 (前回申請： 年度)	
申請者	本人	富岡市に住み始めた日	
		年 月 日生	年 月 日
	配偶者	富岡市に住み始めた日	
		年 月 日生	年 月 日
住所	〒 富岡市 電話番号	婚姻届を出した日 年 月 日	
住所(2) ※単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合	〒 (本人・配偶者) 電話番号		
群馬県特定不妊治療費助成金受給の有無	有・無	不妊治療対象児	第 子
不妊治療費総額	円	申請年度内の治療に要した負担額の合計から県特定不妊治療費助成金を差し引いた額	
助成金申請額	円	上記の2分の1の額(百円未満は切捨て)10万円を上限とする	
助成金の振込先 (本人名義でない場合、委任状を添付のこと)	(フリガナ)口座名義人	()	
	金融機関名	支店名	
	口座種別	普通・当座	口座番号
添付書類	1 不妊治療費助成事業医療機関受診証明書(様式第2号) 2 不妊治療費の領収書 3 保険証の写し 4 住民票の写し 5 市税完納証明書		

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