

太田市不妊治療費助成金認定交付申請書
(特定不妊治療を除く治療)

年 月 日

太田市長 様

申請者 氏 名

住所 太田市

氏名 印

電話

次のとおり太田市不妊治療費助成金の交付を受けたいので申請します。

申請者記入欄				
補助事業 対象者	氏 名		生年月日	婚姻年月日
	夫		年 月 日	年 月 日
	妻		年 月 日	治療対象児 第 子
太田市不妊治療費助成金受給(過去)			(有 ・ 無)	
平成16年4月1日以降の住所異動			(有 ・ 無)	
有の場合は記入してください。				
住所:			(年 ~ 年)	
住所:			(年 ~ 年)	
住所:			(年 ~ 年)	

医療機関証明欄	
今年度の不妊治療期間	年 月 日から
不妊治療の内容	診察・検査 処置・投薬 その他()
上記のとおり証明します。	
年 月 日	
所在地	
医療機関 名称	
主治医氏名 印	
太田市長 様	

振込指定金融機関

金融機関名	支店出張 所名	口座種別	口座番号	(フリガナ) 口座名義人
銀行・信用金 庫・農協・信用組合		普通・当座		

* 口座名義人は申請者と同一

処理欄(この欄は記入しないでください。) 住所要件

積算基礎	自己負担金	交付決定額	円
------	-------	-------	---

