

太田

様式第1号 (第5条関係)

受付第 号

太田市不妊治療費助成金認定交付申請書
(特定不妊治療)

平成23年 5月 1日

太田市長 様

申請者 〒373-0000

住所 太田市×〇町2-2

氏名 太田 花子

電話 090-1234-5678

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。なお、適正な交付のために必要な場合は、市が群馬県へ特定不妊治療費助成金申請に係わる情報の照会をすることに同意します。

| 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 太田太郎 | 昭和50年1月1日 | 平成10年10月1日 | |
| | 妻 太田花子 | 昭和50年4月1日 | 治療対象児 | 第2子 |
| 今回の治療に対する群馬県特定不妊治療費助成金申請 | | | (有・無) | |
| 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: 足利市〇×町1丁目1-1 | | | (平成10年 ~ 17年) | |
| 住所: 太田市×〇町2-2 | | | (平成17年 ~ 年) | |
| 住所: | | | (年 ~ 年) | |

| 医療機関証明欄 | | |
|--------------|-------------------------|---------------------------|
| 今回の治療期間 | 年 月 日から 年 月 日 | |
| 今回の治療方法 | A B C D E F (治療ステージ) | AまたはBの場合 1 体外受精 2 顕微授精 |
| 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 | | |
| 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 |
|-----------------------|--------|-------|---------------|------------------|
| 太田銀行・信用金庫・ 農協・信用組合 | 太田 | 普通・当座 | 1 1 1 1 1 1 1 | (オオタハナコ) 太田花子 |

申請者と
同じ人

*口座名義人は申請者と同じ

※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 円 | 県助成金 円 | ※交付決定額 | 円 |
|-------|------------|-----------|--------|---|