



年 月 日

(宛先) 太田市長

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。

(太枠内を記入してください。)

申請者	氏 名		生 年 月 日			住民登録した年月					
	フリガナ		年 月 日 ( 歳)			年 月					
	夫	㊞									
	フリガナ		年 月 日 ( 歳)			年 月					
	妻	㊞									
	住 所	〒 ー 太田市									
	電話番号	ー ー		婚姻年月日		年 月 日					
過去に太田市の不妊治療費の助成を受けたことがありますか。 なし ・ あり ( ) 回											
治療対象児 第 ( ) 子											
振込先	金融機関名	銀行・組合 金庫・農協		支店名		本店・支店 店・出張所					
	預金種目	普通・当座		口座番号							
	フリガナ										
	口座名義人										

\*市記入欄（以下の欄は、記入しないでください。）

- ①認定証明書□ ②完納照合票□ ③住所□ ④婚姻□ ⑤保険加入□ ⑥領収書□ ⑦通帳□  
(夫婦が別住所の場合 戸籍全部事項証明□)

保険適用外負担額	交付決定額
円	円

受 付