㊞

様式第１号（第５条関係）

不妊治療費助成金認定交付申請書

（生殖補助医療）

申請日　　年　　月　　日

（宛先）太田市長

太田市不妊治療費助成金の交付を受けたいので次のとおり申請します。
また、市が以下の照合、照会及び提供することに同意します。

1. 助成金額を決定するにあたり、住所及び婚姻関係の有無を確認するため、私たち夫婦の住民基本台帳を照合すること。
2. 助成の適正を図るため、治療を行った医療機関及び保険薬局に内容を照会すること。
3. 助成の適正を図るため、他の自治体に助成金交付状況を照会、提供すること。

（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	〒　－ 太田市		
	電話番号	－　－	婚姻年月日	年　月　日
	治療対象児　第（　）子		事実婚の方はこちらにチェックを入れてください　☐	

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☐／事実婚申立書☐
⑤保険加入☐　⑥領収書☐　⑦通帳☐
⑧戸籍の全部事項証明書（夫婦が別住所または事実婚である場合）☐

保険適用外負担額	交付決定額
円	円

受　付
太・新　―