

羽生市不妊治療費 (保険適用) 助成金支給申請書 (一般不妊治療分)

年 月 日

(宛先)

羽生市長

助成金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。なお、審査のため、市が保有する住民基本台帳等の公簿、収納状況等を確認すること並びに他自治体及び医療機関へ照会することに同意します。

申請者	夫	ふりがな			生年月日	年 月 日 ( ) 歳
		氏名				
		現住所	〒			
	電話番号	【 自宅・携帯 】		— —	*日中必ず連絡のとれる電話番号を記入してください。	
	妻	ふりがな			生年月日	年 月 日 ( ) 歳
		氏名				
現住所		〒				
電話番号	【 自宅・携帯 】		— —	*日中必ず連絡のとれる電話番号を記入してください。		
・第何子目の妊娠に対しての治療ですか。 第 ( ) 子目 ・その子の治療に対して何回目の申請ですか。 初回 ・ ( ) 回目 (生殖補助医療を含む)						
(A) 当該年度において対象治療に要した自己負担額 (保険適用のみ) _____円						
(B) 付加給付金 _____円						
(C) 助成対象一般不妊治療費 (A) - (B) _____円						
助成金申請額 (C) × 1 / 2			申請額 _____円 ※1,000円未満切捨て。10万円を超える場合は、10万円と記入してください。			
過去の助成	助成金申請状況 (該当に☑、必要事項記入)					
	過去にこの助成金を受けたことがありますか。	1. 羽生市での助成歴の有無、回数 □あり (____回) □なし		(第1回 年度) (第2回 年度) (第3回 年度) (第4回 年度) (第5回 年度) (第6回 年度)		
		2. 他の自治体での助成歴の有無、回数 □あり (____回) □なし		前回申請時 (____年度 自治体名 金額: _____円)		

