

年 月 日

足利市長 宛て

足利市不妊治療費（生殖補助医療等）助成金交付申請書

下記のとおり、不妊治療費（生殖補助医療等）助成金の交付を申請します。また、本助成金の交付申請に当たり、住民基本台帳の記録及び市税の納付状況を確認することについて同意します。

申請者		夫	妻
	名前		
	生年月日	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
	今回治療開始時の年齢	歳	歳
	加入健康保険名		
	住所	〒 足利市	
	電話番号	(夫・妻)	
	夫婦別住所の場合	〒 (夫・妻)	
	過去の助成(足利市)	1 有 (回) 2 無 ※令和5年度以降	
申請内容		治療(領収)金額	助成申請金額
	保険適用	円	円
	保険適用外	円	円
	先進医療	円	円

振込先	金融機関名	本・支店名	預金種別	口座番号	口座名義人
			普通		(フリガナ)

(添付書類)

1	生殖補助医療等受診等証明書（別記様式第2号）	
2	領収書・診療明細書（治療期間の保険適用外診療分）	
3	高額療養費他の給付金の給付額等を証明する関係書類（※1）	
4	法律上の婚姻関係にあることを証明できる書類（※2）	
5	住所を確認できる書類（※2）	

受付印

(※1)給付がある場合のみ (※2)夫婦が本市で同一世帯であれば不要