

様式第1号（第6条関係）

玉村町こうのとり助成事業交付申請書

年 月 日

(宛先) 玉 村 町 長

申請者 住 所 玉村町大字
 氏 名
 電 話

玉村町こうのとり助成事業の交付を受けたいので申請します。

	氏 名	生 年 月 日	玉村町への住民登録開始	婚姻日
夫		年 月 日	年 月 日	年 月
妻		年 月 日	年 月 日	

医 療 機 関 証 明 欄 ※		不妊治療	不育治療
	病 名		
	診 療 開 始 日	年 月 日	年 月 日
	診 療 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで
	診療額※	被保険者負担額 (医療費・薬剤費) 円	円
		保険診療適用外 負担額 円	円
	※	患者氏名 _____ 年 月 日 医療機関・保険薬局 住 所 氏名又は名称 _____ 印	

※ 申請年度(4月1日～翌年3月31日)内の不妊治療・不育治療に要した費用を医療機関で証明してください。また院外処方となる場合は薬局でも証明を受けてください。

補助金の振込先

金融機関名	支店名	口座種別	口座番号	口座名義人(フリガナ)
		普通・当座		

住民登録等の調査閲覧同意書

私は、玉村町こうのとり助成事業の交付に必要な事項として夫婦の「住民登録の閲覧」「町税納入状況の閲覧」について、健康福祉課担当係員が調査閲覧することを同意します。

氏名 _____

※ 申請者の方がご記入下さい。

不妊治療医療費のうち自己負担額の内訳

治療年月	自己負担額	治療の種類 ※	備考
年 4月	円	1・2・3・4・5 (AIH・IVF・ICSI)	
5月	円	1・2・3・4・5 (AIH・IVF・ICSI)	
6月	円	1・2・3・4・5 (AIH・IVF・ICSI)	
7月	円	1・2・3・4・5 (AIH・IVF・ICSI)	
8月	円	1・2・3・4・5 (AIH・IVF・ICSI)	
9月	円	1・2・3・4・5 (AIH・IVF・ICSI)	
10月	円	1・2・3・4・5 (AIH・IVF・ICSI)	
11月	円	1・2・3・4・5 (AIH・IVF・ICSI)	
12月	円	1・2・3・4・5 (AIH・IVF・ICSI)	
年 1月	円	1・2・3・4・5 (AIH・IVF・ICSI)	
2月	円	1・2・3・4・5 (AIH・IVF・ICSI)	
3月	円	1・2・3・4・5 (AIH・IVF・ICSI)	
合 計	円		

上記の自己負担額の領収書を申請時に必ず提出してください。

なお、未収金や文書料等不妊治療と認められない項目は受理できません。

※ 治療の種類の内訳

- 1、診察
- 2、検査（頸管粘液検査・性交後検査等）
- 3、処置（卵管通気検査・子宮卵管造影検査・腹腔鏡検査等）
- 4、ホルモン剤等
- 5、その他（AIH（人工授精）、IVF-E T（体外受精）、ICSI-E T（顕微授精）など）

《以下の欄は記入しないで下さい》

妊娠届	町税滞納	申請回数	回目（年度申請）
診療額 ※1	円	助成額 ※2	円

※1 支払い済みの領収書の合計金額 ※2 診療額の1/2の額、千円未満切捨て：上限10万円

不育治療医療費のうち自己負担額の内訳

治療年月	自己負担額	治療の種類 ※	備考
年 4月	円	1・2・3・4・5 ()	
5月	円	1・2・3・4・5 ()	
6月	円	1・2・3・4・5 ()	
7月	円	1・2・3・4・5 ()	
8月	円	1・2・3・4・5 ()	
9月	円	1・2・3・4・5 ()	
10月	円	1・2・3・4・5 ()	
11月	円	1・2・3・4・5 ()	
12月	円	1・2・3・4・5 ()	
年 1月	円	1・2・3・4・5 ()	
2月	円	1・2・3・4・5 ()	
3月	円	1・2・3・4・5 ()	
合 計	円		

上記の自己負担額の領収書を申請時に必ず提出してください。

なお、未収金や文書料等不育治療と認められない項目は受理できません。

※ 治療の種類の内訳

1、診察
2、検査
3、薬物療法（内服・注射）
4、手術
5、その他（ ）

群馬県が実施する不育症検査費用の助成を申請され、決定通知書の提出が間に合わない方は申請日・申請額をご記入ください。

申請日	年 月 日	申請額	円

《以下の欄は記入しないで下さい》

妊娠届	町税滞納	申請回数	回目（年度申請）
診療額 ※1	円	助成額 ※2	円

※1 支払い済みの領収書の合計金額 ※2 診療額の1/2の額、千円未満切捨て：上限10万円