

高崎市生殖補助医療費助成事業申請書（令和8年度）

申請期限：受診等証明書に記載の治療期間の最終日から3か月後の月の末日（閉庁日の場合には前日）

（あて先）高崎市長

令和 年 月 日

下記の内容に同意の上、関係書類を添えて高崎市生殖補助医療費の助成を申請します。

- (1) 助成の可否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に、市が私たち夫婦の住民基本台帳情報を確認すること
(2) 助成の適正を図るため、他の自治体に助成金の給付状況の照会、提供をすること
(3) 助成の適正を図るため、治療を行った医療機関及び調剤薬局に治療の内容等を照会すること

※太枠内をご記入ください。

情報の取り扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

Form containing applicant and spouse details, address, application history, and financial information. Includes sections for '高崎市から生殖補助医療費...の助成を受けたことがありますか' and '受診等証明書の領収金額'.

【市処理欄】

Table with 5 columns: 補助金区分番号, 治療費助成決定金額, 交通費, 受給者番号, 治療開始時の妻の年齢/今回の治療開始年齢. Includes a row for 申請受理日.