

第1段階 記入見本

様式第1号 (第8条関係)

(表)

豊田市不妊検査・治療費補助金交付申請書兼実績報告書

窓口申請に
来た日

平成 年 月 日

豊田市長 様

〒471-8501

申請者 住所 豊田市西町3丁目60番地

豊田マンション101号

(申請者名義人と同一)氏名 豊田 花子

印

押印してくだ
さい。(認印可)

間違えた場合
二重線を引き、その上に、印鑑を押し、
分かるように書き直してください。
修正ペン等は使用しないでください!

補助金交付の申請をします。
市が他の自治体へ照会すること、及び他の自治体から本市
の実施状況に関して指定医療機関や加入している健康保険組
です。

なお、豊田市がこの事業について県へ補助金を請求する際に必要な夫及び妻の所得等に係る公簿を閲覧する権限を、
豊田市長へ委任します。

	(フリガナ) 氏名	生年月日
夫	(トヨタ タロウ) 豊田 太朗	昭和・平成 年 月 日 (歳)
妻	(トヨタ ハナコ) 豊田 花子	昭和・平成 年 月 日 (歳)
1)	豊田市西町3丁目60番地 豊田マンション101号 電話(0565)34-6636	
2)	単身赴任などで、夫婦の住所が 異なる場合に記入してください。 電話 () - () - ()	
年 月 日 から	平成 年 月 日	

(様式第3号)自己負担金支払
証明書の一番最初の受診年月
日と一番最後の受診年月日を
記入すること。受診した医療
機関すべてを合わせた期間

医療機関名	所在地	市 町 丁目 番地	市 町 丁目 番地
	名称	クリニック	病院

受診した医療機
関すべてを記入
してください。

過去にこの補助金を受けたことがありますか
ない ・ **ある** 過去(1)回受けた 前回の申請(平成22年10月)

補助金を受けた自治体は(豊田市)

過去にこの補助金を受けたことがある場合、
その補助金を交付した自治体が豊田市であ
れば「豊田市」を、それ以外であればその県
もしくは市の名称を記入してください

口座振込

過去にこの制度による補助金を受けたこと
があるかどうか、またある場合にはその回数
及び申請をした年月をご記入ください。
(豊田市以外の自治体での補助も含みます)

<金融機関名>
銀行
信金
農協

<支店名>
本店
支店
出張所

(トヨタ ハナコ)
豊田 花子

普通 当座

自己負担金額計

以下は記入しないで
ください。

市交付決定金額

円

円

申請者名義の
振込先を記入し
てください。

以下省略