


豊田市一般不妊治療費補助金交付申請書兼実績報告書

書類がそろった日

申請日 令和●●年 月 日

第1段階 記入見本

住所	〒471-8501 豊田市西町3丁目60番地 豊田マンション101号
氏名	豊田 花子 
電話(携帯電話可)	(090) 000 000

※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！
<例> **3丁目60番地**
豊田市西町~~2丁目50番地~~

豊田市不妊検査・治療費補助金交付要綱第9条第1項の
に基づき、豊田市が一般不妊治療費補助金の交付状況を
照会すること及び他の自治体から照会があったときにこれに回答すること並びに当該一般不妊治療
に関して医療機関、調剤薬局及び加入している健康保険組合等の保険者に照会することに同意します。

押印してください。
(認印可)


昼間連絡のとれる
電話(携帯電話可)

また、豊田市が交付決定をする際又は県へ補助金を請求する際に必要な住民基本台帳、所得等に係る公簿等を閲覧することに同意します。

補助夫	フリガナ トヨタ タロウ	生年月日	
	氏名 豊田 太郎		
	フリガナ トヨタ タロウ		
	氏名 豊田 花子	生年月日	
	フリガナ トヨタ タロウ		
	住所 豊田市西町3丁目		
過去に不妊検査・一般不妊治療・人工授精の補助金を受けたことがあるかどうかを記入してください。 ある場合にはその回数、申請をした年月及びその補助金を交付した自治体を記入してください。 (豊田市以外の自治体での補助も含まれます。)	過去に不妊検査、一般不妊治療又は人工授精の補助金を受けたことがあるかどうかを記入してください。 ない・ある → 過去(1)回受けた 補助金を受けた自治体は(豊田市)	左の「自己負担額合計」を半分にして、千円未満の端数を切り捨てた額です。 ただし、自己負担額の半額が45,000円以上の場合は、上限の45,000円を記入してください。	单身赴任などで、夫婦の住所が異なる場合に記入してください。
自己負担額合計	34,666円	申請額	金 17,000円

注意 太枠内をご記入、押印ください。

<申請者の配偶者同意欄> 豊田市が交付決定をする際又は県へ補助金を請求する際に必要な住民基本台帳、所得等に係る公簿等を閲覧することに同意します。また、豊田市が、不妊治療費補助金の交付状況を他の自治体に照会すること及び他の自治体から照会があったときにこれに回答すること並びに当該不妊治療に関して医療機関、調剤薬局及び加入している健康保険組合等の保険者に照会することに同意します。

氏名 豊田 太郎 

申請者の配偶者の住所、氏名、生年月日の記入、押印をお願いします。

以下省略