

書類がそろった日

第2段階 記入見本

申請日 平成●●年 ●月 ●日

豊田市特定治療補助金交付申請書兼実績報告書

申請者

住所 〒471-8501
豊田市西町3丁目60番地
豊田マンション101号

名 豊田 花子

電話 (携帯電話可) (090) 000-0000

捨印

印

※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。印鑑は書類に押した印鑑と同じ印鑑を使ってください。

<例>

住所 豊田市西町3-~~000~~⁶⁰

昼間連絡のとれる
電話 (携帯電話可)

押印してください。
(認印可)

また、豊田市が交付決定する際に必要な妻住民基本台帳、所得等に係る公簿等を閲覧することに同意します。

補助対象者	夫	フリガナ	トヨタ タロウ	生年月日	昭和●●年 ●月 ●日
		氏名	豊田 太郎		
	妻	フリガナ	トヨタ ハナコ	生年月日	昭和△△年 △月 △日
		氏名	豊田 花子		
	住所	※夫婦の住所を記入 豊田市西町3丁目60番地 豊田マンション101号			
	住所	※単身赴任等で夫と妻の住所が異なる 場合等に記入			
過去にこの補助金(体外受精・顕微授精の補助金)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29年10月) 自治体(豊田市・都道府県/市)					
医師の証明書(様式第4号)の領収金額と補助金の上限額を比較して、上限額の方が低い場合は上限額を、領収金額の方が低い場合は領収金額から千円未満を切り捨てた額を記入してください。 (例) 治療区分Cで、男性不妊治療分なし 領収金額(男性不妊以外)が¥156,666円の場合 ⇒申請額(男性不妊治療分除く)金75,000円 申請額(男性不妊分) 金0円 申請額合計 金75,000円					
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。					
住所 豊田市西町3丁目60番			生年月日 昭和●●年 ●月 ●日 氏名 豊田 太郎		

以下省略

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。