

書類がそろった日

第2段階 記入見本

申請日 令和●●年 ●月 ●日

豊田市特定治療補助金交付申請書兼実績報告書

〒471-8501
住所 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) 000-000

※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。
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3-60印60

押印してください。(認印可)

豊田市不妊検査・治療補助金交付要綱第9条第3項の規定により、次のとお
りして治療費補助金の交付状況を他の自治体に照会する
ことと並びに当該特定不妊治療に関して指定医療機関等

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 〇〇年 〇〇月 〇〇日
		氏名	豊田 太郎		平成
	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		平成
	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30年10月)
補助金を受けた自治体は(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

金 300,000 円
金 300,000 円

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。)

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

申請者の配偶者の氏名の記入、押印をお願いします。

以下省略