

様

第2段階 記入見本

(表)

第2段階

豊田市特定治療補助金交付申請書兼 窓口へ申請に来た日

申請日 令和◆◆年◆◆月◆◆日

豊田市長 様

※間違えた場合

二重線を引き、その上に分かるように書き直してください。

<例> 住所 豊田市西町3-~~660~~⁶⁰

〒	471-8501
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)	(0565) 34-6636

申請者

特定不妊治療を受けましたので、豊田市不妊検査・治療費交付要綱第9条第3項の規定により、次のとおり補助金を申請します。申請に当たっては、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、当該特定不妊治療に関して指定医療機関等に照会することについて同意します。

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		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が異なる場所に住所を有する場合等に記入 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。			

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28年10月) 補助金を受けた自治体は(豊田市) 都道府県/市

申請額(男性不妊治療分除く)	金 100,000円
申請額(男性不妊治療分)	金 0円
申請額合計	金 100,000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。)

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100,000円
申請額(男性不妊分) 金0円
申請額合計 金100,000円

以下省略