

特定不妊治療費（先進医療）補助金申請書兼請求書

年 月 日

豊田市長 殿

特定不妊治療費（先進医療）補助金交付要綱第 2 条に定める治療を実施し、同補助金の交付を受けたいので、豊田市補助金等交付規則第 4 条の規定により、下記のとおり申請（請求）します。

記

申請者	フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日（ 歳）	
	氏 名			平成	
パートナー	フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日（ 歳）	
	氏 名			平成	
申請者住所		郵便番号（ - ） 電話（ ） 豊田市			
パートナー住所 ※申請者と異なる場合に記入		郵便番号（ - ） 電話（ ）			
過去に特定不妊治療費（先進医療）助成を受けたことがありますか。		☐ はい	1 豊田市での助成歴 ☐ あり ⇒通算（ ）回 ☐ なし		
			☐ いいえ		
助成対象金額		円	申請額（請求額） （助成対象金額の 10 分の 7（10 円未満四捨五入）上限 10 万円）		円
振込先 （申請者の口座）	金融機関名	銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所
	預金種別	普通 当座			（フリガナ） 口座名義人
	口座番号				（右詰記入）
補助金申請の 同意・誓約		1 特定不妊治療費（先進医療）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特定不妊治療に関して医療機関等に照会することについて同意します。 2 豊田市税を滞納していません。 3 本補助金の交付事務に必要な内容に関し、住民基本台帳の閲覧及び婚姻関係の確認並びに市税の収納状況を確認することに同意します。 申請者氏名（自署）			

(注) 1 日付と太枠の中を記入してください。
2 特定不妊治療費（先進医療）補助金受診等証明書（第 2 号様式）を添付してください。
3 特定不妊治療を受けた医療機関が発行する先進医療に掛かる領収書(令和 8 年 4 月 1 日以降に実施したもの)を添付してください。
4 振込先口座情報の分かるもの（通帳、キャッシュカード）の写しを添付してください。

申請受理年月日		申請番号		(今回)開始年齢	歳
過去の補助金交付	あり・なし	(前回)受給者番号		(初回)開始年齢	歳
通算助成回数	回目	助成回数の上限	通算 6 回まで ・ 通算 3 回まで		