

大田原市長

様

住所 大田原市本町1-4-1 ○○アパート101

申請者 氏名 大田原 与一

電話 0287(23)8634

※自署又は記名押印してください。

大田原市不妊治療費補助金交付申請書

不妊治療費補助金の交付を受けたいので、次のとおり大田原市不妊治療費補助金交付要綱第5条の規定により申請します。

また、私たち夫婦は、この補助金を申請した日から2年以上大田原市に居住することを確約します。（この確約は、配偶者が大田原市以外に居住している場合は、申請者のみが該当します。）

【申請者記入欄】

治療を受けた夫婦の氏名		生年月日	加入健康保険名
夫	フリガナ オオタワラ ヨイチ	平成●●年△月□日(**歳)	○○健康保険組合
	大田原 与一		
妻	フリガナ おおたわら あゆみ	平成●●年△月□日(**歳)	全国健康保険協会 ○○支部
	大田原 愛弓		
治療期間	令和3年11月1日 から 令和3年11月2日 まで		
不妊治療費①	円 上記不妊治療費は、 院外処方 を含む。 円分	他の制度等による補助金又は助成金の有無、内容	無 有()
		上記により補助金又は助成金を受けた額②	円
交付申請額(①-②) 〔20,000円を上限とする。〕	円	本市の不妊治療費補助金交付の有無(回数)	無 有(人工1回)
同意	私及び配偶者の市税の賦課及び納入状況について、市が調査することに同意します。	申請者氏名	大田原 与一
		配偶者氏名	大田原 愛弓

※「同意」欄は、自署又は記名押印してください。

【医療機関証明欄】

受診者名	夫	生年月日	年 月 日
	妻		
治療名及び内容	こちらは「医療機関証明欄」です。		無
治療期間	※ 証明書発行に係る料金は補助対象外です。		
治療費			合計金額)
上記のとおり不妊治療			
年 月 日			
医療機関 所在			
名称			
主治医			