

大田原市長

様

住所  
申請者 氏名  
電話 ( )

※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	年 月 日 ( 歳)			
妻	フリガナ	年 月 日 ( 歳)			
治療期間		年 月 日 から 年 月 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( 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		
			配偶者氏名		

※「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		年 月 日		
治療名及び内容			妊娠の有無	有・無	
治療期間	年 月 日 から 年 月 日 まで				
治療費	円 (保険診療外の治療費及び検査費の合計金額)				
上記のとおり不妊治療を行ったことを証明します。					
年 月 日					
医療機関 所在 名称 主治医					
(印)					