

大府市不育症治療費補助金交付申請書

年 月 日

大府市長 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号

大府市不育症治療費補助金交付要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

対象者	区分	氏名（ふりがな）	生年月日	住所
	夫		年 月 日	
	妻		年 月 日	
加入健康保険（夫）	【種別】市町村国保・国保組合・健保・共済・その他（ ） 【被保険者記号番号】（ ）【区分】本人・被扶養者			
加入健康保険（妻）	【種別】市町村国保・国保組合・健保・共済・その他（ ） 【被保険者記号番号】（ ）【区分】本人・被扶養者			
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
医療機関名				
確認事項	・都道府県不育症検査費助成事業の申請をしていますか？ はい ・ いいえ ・不妊治療は受けていますか？ はい（一般不妊治療・体外受精・顕微授精）・いいえ ・今回の治療期間中（ ）の申請回数は何回目ですか？ 初回 ・ 2回目以降（ 回目） 治療期間...不育症の検査又は治療を開始した日から、出産（流産、死産含む。）により不育症治療を終了する日までの期間			
負担額	都道府県等助成金対象検査以外	円		
	都道府県等助成金対象検査	円		
控除額	円			
補助金交付申請額	円			

私たちは、大府市不育症治療費補助金交付申請に係る住民基本台帳及、所得及び税に関する台帳の閲覧に関して同意します。

年 月 日

住 所
氏 名 夫
妻