様式第1号

豊川市一般不妊治療費助成事業申請書

年　　月　　日

豊川市長　殿

住　　所
申請者氏名　　印
（口座名義人と同一）
自宅電話番号
携帯電話番号

関係書類を添えて下記のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。

<table>
<tr><td rowspan="8">対象者</td><td rowspan="4">夫</td><td>ふりがな</td><td></td><td rowspan="2">昭和・平成　　年　月　日生（　　歳）</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>住所</td><td>〒　　ー</td><td>電話　　（　　）</td></tr>
<tr><td>加入医療保険</td><td colspan="2">【種別】市町村国保・組合国保・健保・共済・その他（　　）
【保険者番号】（　　）【区分】本人・被扶養者</td></tr>
<tr><td rowspan="4">妻</td><td>ふりがな</td><td></td><td rowspan="2">昭和・平成　　年　月　日生（　　歳）</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>住所</td><td>〒　　ー　　口夫の住所に同じ</td><td>電話　　（　　）</td></tr>
<tr><td>加入医療保険</td><td colspan="2">【種別】市町村国保・組合国保・健保・共済・その他（　　）
【保険者番号】（　　）【区分】本人・被扶養者</td></tr>
<tr><td rowspan="3">振込先</td><td>金融機関名</td><td colspan="2">銀行　　本店
金庫・農協　　支店・出張所</td><td>支店番号</td></tr>
<tr><td>預金種別</td><td>普通
当座</td><td>（ふりがな）
口座名義人
（申請人と同一）</td><td>（　　）</td></tr>
<tr><td>口座番号</td><td colspan="3">（左詰記入）</td></tr>
<tr><td colspan="2">申　請　額</td><td colspan="2">金　　円</td><td>（本人負担額の1／2で、1年度上限5万円）</td></tr>
</table>

過去にこの助成金を受けたことがありますか。
ない　・　ある　→　過去（　　）回受けた。（　　）年（　　）月頃
助成金を受けた自治体は（　　）

注）太枠の中をご記入ください。　　捨印

（添付書類）　１：一般不妊治療費助成事業受診等証明書
２：豊川市一般不妊治療費助成事業に関わる同意書
３：戸籍謄本
４：夫及び妻の所得額を証明する書類（所得証明等）
その他申請する際には印鑑と健康保険証、通帳をお持ちください。

事務処理欄

本人負担額	円	夫婦合算 所得	円
申請書 受理年月日		決定内容	承認 ・ 不承認
決定年月日		受給者番号	

受付印
受付者