

一般不妊治療費補助金交付申請書

受付番号 _____

令和 年 月 日

稲沢市長 殿

申請者
住所
氏名
(口座名義人と同一)
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補助金の交付を申請します。
記

対象者		(ふりがな) 氏名	生年月日(和暦)
	夫	()	年 月 日生 (歳)
妻	()	年 月 日生 (歳)	
住所(※1)	〒	—	電話 ()
	〒	—	電話 ()
加入医療保険(夫)	【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他 ()	【保険者番号】 ()	【区分】本人・被扶養者
加入医療保険(妻)	【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他 ()	【保険者番号】 ()	【区分】本人・被扶養者
申請額	金 円	(本人負担額の1/2で、2年間で上限50万円)	

過去にこの補助金を受けたことがありますか。 ない ・ ある 前回 () 年 () 月頃補助金額 () 円 () 年 () 月頃補助金額 () 円 補助金を受けた自治体は (稲沢市 ・ その他())
--

当該医療費に対する他の法令等による給付を受けた金額(※3)	円
-------------------------------	---

※1：夫婦の住所を記入する。

※2：単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等夫婦の住所が異なる場合に記入する。

※3：高額療養費等の当該医療費に対する他の法令等による給付を受けた場合、金額が確認できるものをお持ちください。

(添付書類) 1 一般不妊治療費補助事業受診等証明書、領収書および明細書

2 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類(事実婚関係の夫婦の場合は、別の書類が必要です。詳細は稲沢市一般不妊治療費補助制度のご案内をご覧ください。)

3 夫及び妻の住所地を証明する書類

※添付書類2,3について本市で証明できる場合は、同意書により省略することができます。

◎ 申請の際に、夫、妻の健康保険証並びに振込先が確認できる通帳等をお持ちください。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。