様式第１（第７条関係）

稲沢市不妊治療費補助金事業交付申請書

受付番号＿＿＿＿＿＿

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　　（　　）
(日中つながる電話番号)

関係書類を添えて下記のとおり稲沢市不妊治療費補助金の交付を申請します。

記

		（ふりがな） 氏　　名	生　年　月　日
対象者	夫	（　　）	昭和 平成　　年　　月　　日生（　　歳）
	妻	（　　）	昭和 平成　　年　　月　　日生（　　歳）
	住所（※１）	〒　　－	
	住所（※２）	〒　　－	
	加入医療保険（夫）	【保険者番号】（　　） 【保険者名称】（　　）【区分】本人･被扶養者	
	加入医療保険（妻）	【保険者番号】（　　） 【保険者名称】（　　）【区分】本人･被扶養者	
	治療途中に、加入する健康保険の変更はありましたか。　はい　・　いいえ		※はいの場合、変更前の被保険者等の記号及び番号が確認できるものが必要。
限度額認定証の利用		利用した　・　利用していない　・　マイナ保険証を利用した	
申　請　理　由		□母子健康手帳の交付を受けた(予定含む)　□２月末までの治療が終了した □治療の終了・中断　□転出 □その他(　　)	
申　　請　　額		金　　円	本人負担額の全額(上限 25 万円)

※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。

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。