

大田原市長

様

住所 大田原市本町1-4-1 ○○アパート101

申請者 氏名 大田原 与一

電話 0287(23)8634

※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 大田原 与一	平成●●年△月□日 (**歳)	○○健康保険組合
妻 大田原 愛弓	平成●●年△月□日 (**歳)	全国健康保険協会 ○○支部
治療期間	令和2年1月1日 から 令和2年2月2日 まで	
不妊治療費①	567,000円 〔上記不妊治療費は、 院外処方 30,000円分 を含む。〕	他の制度等による補助金又は助成金の有無、内容 無 (有) 栃木県 ) 上記により補助金又は助成金を受けた額② 300,000円
交付申請額(①-②) 〔人工授精20,000円、 体外・顕微100,000 円を上限とする。〕	100,000円	本市の不妊治療費補助金交付の有無(回数・内容) 無 (有) (人工5回・体外顕微2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 大田原 与一
		配偶者氏名 大田原 愛弓

※「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】

※栃木県不妊に悩む方への特定治療支援事業実施要綱に基づく不妊治療の対象にならなかった場合、記入が必要となります。

受診者名	夫	生年月日	年 月 日
	妻		年 月 日
治療及び治療	体外受精・顕微授精で栃木県から助成を受けている場合、 こちらの「医療機関証明欄」は必要ありません。空欄でご提出ください。 ※ 証明書発行に係る料金は補助対象外です。		
治療	額)		
上記	医療機関 所在 名称 主治医		
			印