

大田原市長 様

申請者  
住 所  
氏 名  
電話番号

## 大田原市不妊治療費補助金交付申請書

大田原市不妊治療費補助金の交付を受けたいので、大田原市不妊治療費補助金交付要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

## 【申請者記入欄】

氏 名		生 年 月 日		加 入 健 康 保 険 名	
申請者	フリガナ	年 月 日 ( 歳 )			
配偶者	フリガナ	年 月 日 ( 歳 )			
治療期間	年 月 日から 年 月 日まで				
不妊治療費①	円 〔 上記不妊治療費は、 院外処方 を含む。 円分 〕	他の制度等による助成の有無（有の場合はその内容）		無・有（ ）	
		上記により助成金を受けた額②		円	
交付申請額 (①-②) × $\frac{1}{2}$ (上限150,000円)	円	本市の不妊治療費補助金 交付の有無（回数）		無 有（ 回）	
同意	私及び配偶者の住民基本台帳の記録状況並びに市税等の賦課及び納付状況について、市が調査することに同意します。			申請者氏名	
				配偶者氏名	

## 【医療機関証明欄】

受診者名	生年月日		年 月 日	
			年 月 日	
治療名及び内容	妊娠の有無		有 ・ 無	
治療期間	年 月 日から 年 月 日まで			
治療費	円 （保険診療適用外の検査費及び治療費の合計金額）			
上記のとおり不妊治療を行ったことを証明します。				
年 月 日				
医療機関 所 在 地 名称及び代表者氏名				