

不育症治療費補助金交付申請書

年 月 日

袋井市長

申請者 住所
氏名
電話

不育症治療費補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 交付申請額 円

2 治療を受ける夫婦の氏名等

対 象 者	(フリガナ) 夫の氏名	()	夫の 生年月日	年 月 日生 (歳)
	(フリガナ) 妻の氏名	()	妻の 生年月日	年 月 日生 (歳)
	(夫婦一方の住所が申請者の住所と異なる場合はその異なる住所を記入)	〒 — 電話 ()		
保 険 情 報	夫の被保険者の 記号及び番号		夫の保険者等の 名称	
	妻の被保険者の 記号及び番号		妻の保険者等の 名称	
過去に静岡県内で、不育症治療を受けたことがありますか。 ない ある (袋井市・() 市町) で () 年度				

なお、袋井市不育症治療費補助金交付要綱第 3 条及び第 5 条の規定について確認するため、次の事項について袋井市職員が調査することに承諾します。

- 1 住民基本台帳
- 2 他の地方公共団体に対して行う不育症治療費補助金の交付に関する情報の照会及び袋井市不育症治療費補助金の交付に関する情報
- 3 前年（1 月から 5 月までに申請をする場合は前々年）の所得金額
- 4 市税の納付状況
- 5 加入されている健康保険組合等の保険情報

(注) 加入されている健康保険組合等によっては、独自に医療費を助成する制度がありますので、加入されている健康保険組合等の保険者へ確認することがあります。また、支給を受けたことが申請時以降に確認できた場合、助成金の返還を求めることがありますので御承知おきください。