

様式第1号（第6条関係）

不妊治療費等補助金交付申請書

年 月 日

袋井市長

申請者 住所  
氏名  
電話

不妊治療費等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	(ふりがな) 夫の氏名	( )	夫の 生年月日	年 月 日生 ( 歳)
	(ふりがな) 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 ( )		
申請状況	特定不妊治療	本年度申請回数 1回 ・ 2回 ・ ( )回 申請歴 ( )年度 静岡県による補助 ない・ある (補助金額 円) (補助歴がある場合) 今回の治療は2人目以降の特定不妊治療ですか。 いいえ ・ はい →子の出生日 ( 年 月 日)		
	人工授精	過去に静岡県内で、人工授精の助成金を受けたことがありますか。 ない・ある ( 袋井市・( )市町 )で ( )年度		
	不育症治療	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、袋井市不妊治療費等補助金交付要綱第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 静岡県若しくは他の都道府県、指定都市又は中核市等、県内の他市町に対して行う不妊治療費等補助金の交付に関する情報の照会及び袋井市不妊治療費等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 市税等の納付状況

(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。