

不育症治療費補助金交付申請書

空欄でお願いします

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

空欄でお願いします

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	()
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

(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。