

様式第1号（第6条関係）

不妊治療における生殖補助医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

袋井市不妊治療における生殖補助医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 ()
申請状況	本年度における申請回数 1回目 ・ 2回目 ・ () 回目 (補助歴がある場合) 今回の治療は2人目以降 (12週以降の死産を含む。) の不妊治療ですか。 いいえ ・ はい			
次の項目を確認の上、 <input type="checkbox"/> 欄にチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 今回の治療は「先進医療以外の治療」を組み合わせた一連の不妊治療（生殖補助医療）であり、全額自費で行いました。 <input type="checkbox"/> 他の地方公共団体において、今回の治療に対する補助金は交付されていません。 <input type="checkbox"/> 健康保険組合等により、今回の治療に対する付加給付は受けていません。(注) <input type="checkbox"/> 袋井市不妊治療における生殖補助医療費補助金交付要綱第3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等補助金の交付に関する情報の提供 3 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、独自に医療費を補助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、補助金の返還を求めますので御承知おきください。