様式第１号（第６条関係）

不妊治療費補助金交付申請書

年　　月　　日

さくら市長　　様

住　所　さくら市

申請者

氏　名

電話　（　　）

令和　　年度において、さくら市不妊治療費補助金を交付されるよう、さくら市不妊治療補助金交付要綱第６条の規定により申請します。

治療を受けた夫婦の氏名		生　年　月　日	加　入　保　険
夫			
妻			
婚　姻　年　月　日		年　　月　　日	

※　過去にこの助成を受けたことがありますか（該当する番号に○印をつけてください）

１．ある　　→　　過去（　　）回受けた　　２．ない

※　県からの助成がありますか（該当する番号に○印をつけてください）

１．ある　　→　　助成金額　　円　　２．ない

※　医療保険等からの助成がありますか（該当する番号に○印をつけてください）

１．ある　　→　　助成金額　　円　　２．ない

医　療　機　関　証　明			
治　療　名			
受　診　者　名		生年月日	年　　月　　日
治　療　期　間	年　　月　～　　年　　月		
治　療　費	円（保険適用外の合計額）		

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

医療機関名称及び所在地

主治医氏名　　印

※申請期限にご注意ください。申請期限は治療を受けた日（終了日）の属する年度内です。