

さくら市長 様

申請者住所

氏名

電話

不妊治療費補助金交付申請書

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条第1項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		年 月 日生	
妻		年 月 日生	
婚 姻 年 月 日		年 月 日	

過去にこの補助金の交付を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> あり → 過 去 _____回	<input type="checkbox"/> なし
医療保険等からの助成がありますか	<input type="checkbox"/> あり → 助成金額 _____円	<input type="checkbox"/> なし
高額療養費、付加給付等の給付がありますか	<input type="checkbox"/> あり → 給 付 額 _____円	<input type="checkbox"/> なし

同意書

さくら市不妊治療費補助金の交付要件に係る審査のため、私及び私の配偶者の市税の納付状況について、市が調査することに同意します。

申請者氏名（自署）

配偶者氏名（自署）

注 補助金の申請期限は、不妊治療が終了した日の属する年度の末日までに行ってください。