

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、さくら市不妊治療費補助金交付要綱第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	現在加入している健康保険証	
夫		年 月 日	被保険者名	
			記号番号	
	個人番号：		保険者名称 (保険者番号)	-----
妻		年 月 日	被保険者名	
			記号番号	
	個人番号：		保険者名称 (保険者番号)	-----
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
栃木県又は医療保険各法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	
<p>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、私及び私の配偶者についての以下の事項について、市が調査することに同意します。</p> <p>(住所及び世帯状況、市税納付状況、保険給付状況及び他自治体での受給状況又は個人番号（マイナンバー）を利用した情報提供ネットワークシステム等による住民票情報の確認)</p>	
<p>申請者氏名（自署）_____</p>	
<p>配偶者氏名（自署）_____</p>	