

申請書を提出する日にちを記入してください。

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

さくら市長 様

申請者住所 さくら市氏家12番地3×

氏名 さくら 花子

電話 090-XXXX-XXXX

不妊治療費補助金交付申請書

令和8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	さくら 太郎	平成〇年〇月〇日	被保険者名	さくら 太郎
	個人番号：1234-5678-9012		記号番号	300 2XXXXX
			保険者名称 (保険者番号)	さくら市 090142
妻	さくら 花子	平成〇年〇月〇日	被保険者名	さくら 太郎
	個人番号：2345-6789-0123		記号番号	300 2XXXXX
			保険者名称 (保険者番号)	さくら市 090142
婚姻年月日		令和3年 〇月 〇日		

過去にこの補助金の交付を受けたことがありますか	<input checked="" type="checkbox"/> あり → 過去 2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 checked="" type="checkbox"/> なし
高額療養費、付加給付等の給付がありますか	<input checked="" type="checkbox"/> あり → 給付額 51,900 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。

(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)

申請者氏名(自署) さくら 花子

配偶者氏名(自署) さくら 太郎