

様式第1号（第7条関係）

不育症治療費補助金交付申請書

年 月 日

（宛先）静岡市長

住所
申請者
氏名
電話

補助金の交付を受けたいので、静岡市不育症治療費補助金交付要綱第7条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

(ふりがな) 夫の氏名	-----	夫の 生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
(ふりがな) 妻の氏名	-----	妻の 生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
住 所 (夫と妻の住所が異なる場合は本欄にも記入)	〒 電話 ()		
不育症治療を受けた者の加入医療保険	夫	【種別】市町村国保・組合国保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者	
	妻	【種別】市町村国保・組合国保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者	
過去の助成について ※有の場合、助成年度を記入	無 ・ 有	(年度) (年度)	
不育症治療費補助金交付決定に当たり、医療機関に不育症治療費受診等証明書の内容を照会することについて同意します。			
夫の氏名		妻の氏名	

（添付書類）

- 1 不育症治療費受診等証明書（様式第2号）
- 2 夫婦の戸籍全部事項証明書（謄本）（外国籍を有する場合にあっては、婚姻をしていることを証する書類の写し）
- 3 不育症治療を受診した医療機関が発行する領収証
- 4 不育症治療を受けた者の保険証の写し