

不育症治療費補助金交付申請書

年 月 日

日光市長 様

申請者 住 所
氏 名
電 話

次のとおり、不育症治療費補助金を交付されるよう、日光市不育症治療費補助金交付要綱第 5 条の規定により申請します。

夫婦の氏名及び生年月日			加 入 保 険 個 人 番 号	
夫		年 月 日		
妻		年 月 日		
住 所 ※申請者と住所が異なる場合のみ記入		夫・妻	日光市	
婚姻年月日		年 月 日		

医療保険等からの補助の有無 ※ 国・県からの補助、健康保険組合等からの助成を含む	☐ あり ☐ なし 付加給付制度 その他（ ）	円 円
申請金額	円	

同意書	○ 日光市不育症治療費補助金の補助要件審査のため、住民登録状況並びに市税、介護保険料、市営住宅使用料、水道料金、下水道使用料及びし尿汲取手数料の納付状況を確認することに同意します。	
	○ 必要な場合は、医療機関へ照会することに同意します。 夫 妻	

※同意書は、夫婦それぞれ自署してください。