

不妊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

令和 年度において、日光市不妊治療費補助金を交付されるよう、日光市不妊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		

保険適用治療費	円		
保険適用外治療費	円		
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 高額療養費制度 円 付加給付制度 円 その他（ ） 円		
令和 7 年 4 月以降の補助金申請 の有無（今回の申請を含まない）	☐ あり（保険適用分 回、保険適用外 回） ☐ なし		

同意書	日光市不妊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。 夫 妻
-----	---

※同意書は、夫婦それぞれ自署してください。