

不育症治療費補助金交付申請書

年 月 日

佐野市長 様

申請者 住所

氏名

電話

次のとおり不育症治療費補助金の交付を受けたいので申請します。

	夫	妻
氏 名		
生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
個 人 番 号		
加 入 健 康 保 険 名		
高 額 療 養 費 制 度 申 請	有（ 円） ・ 無	
付 加 給 付 制 度 申 請	有（ 円） ・ 無	
そ の 他 の 補 助	有（ 円） ・ 無	
	領収書の合計額	交付申請額
保 険 診 療	円	円
保 険 診 療 対 象 外	円	円
金 融 機 関 名	銀行・信用金庫 農協・労働金庫	店 名 等 本店・支店・出張所
口 座 種 別	普通・当座	フリガナ
口 座 番 号		口座名義人
添 付 書 類	(1) 夫婦であることを確認できる書類（戸籍謄本等）。なお、住民票に夫婦の氏名及び続柄の記載がある場合は不要 (2) 不育症治療費受診等証明書 (3) 医療機関が発行する不育症治療費の領収書の写し (4) 住民基本台帳の記録、市税の納付状況の確認に係る同意書	

※ 申請前にご確認ください

- 治療期間は、 令和7年度 または 令和8年度 である

- 高額療養費他の給付金による助成の有無（ 有 ・ 無 ）
 有 の場合、給付額等を証明する書類を持参している

- 1年度分の治療費をまとめて年1回までしか申請できないことを了承している
（できる限り年度末（3月末）近くにまとめて申請することをお勧めします）

- 法律上婚姻しているご夫婦である

- 医師による不育症治療を受けている

- 夫婦ともに申請の1年以上前から佐野市に住民登録をしている
（わからない場合職員にお尋ねください）

- 夫婦ともに国民健康保険、社会保険等の医療保険に加入している

- 夫婦ともに市税を滞納していない
（申請後、こども家庭センターで調べることに同意します）