

## 稲沢市不育症治療費等補助金交付申請書

受付番号 \_\_\_\_\_

年 月 日

稲沢市長 殿

申 請 者  
住 所

氏 名  
(口座名義人と同一)

電話番号 ( )

(日中つながる電話番号)

関係書類を添えて下記のとおり稲沢市不育症治療費等補助金の交付を申請します。

記

対 象 者		(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
	夫	( )	昭和 平成 年 月 日生 ( 歳)
	妻	( )	昭和 平成 年 月 日生 ( 歳)
	住所(※1)	〒 -	電話 ( )
	住所(※2)	〒 -	電話 ( )
	加入医療保険 (夫)	【保険者番号】 ( ) 【保険者名称】 ( ) 【区分】 本人・被扶養者	
	加入医療保険 (妻)	【保険者番号】 ( ) 【保険者名称】 ( ) 【区分】 本人・被扶養者	
過去の申請有無	過去に本事業の補助金を受けたことがありますか。 ない ・ ある → 過去( )回受けた。 1回目( )年( )月頃 2回目( )年( )月頃		
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 流産・死産 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> その他( 上限金額の到達 )		
申 請 額	金 円	(1回の治療あたり上限15万円)	

※1：夫婦の住所を記入する。

※2：単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等夫婦の住所が異なる場合に記入する。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。