

様式第1号（第7条関係）

不育症治療費補助金の交付申請書

年 月 日

磐田市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

磐田市不育症治療費補助金について、下記のとおり交付を申請します。

記

夫	(ふりがな) 氏 名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
妻	(ふりがな) 氏 名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	今回の治療を開始した時点の年齢は	(歳)
住所（夫婦の住所が異なる場合に記入）		
医療機関名		
○過去に磐田市から補助を受けましたか 受けた → 補助額 () 円 補助期間 () か月 受けない		
○過去の治療に対して、磐田市以外から補助を受けましたか 受けた → () 市区町村 補助額 () 円 補助期間 () か月 受けない		