

不育症

珠洲市子宝支援治療費助成金交付申請書（兼）請求書（不育症）

年 月 日

珠洲市長

- 1 関係書類を添えて下記のとおり、不育症治療費の助成を申請します。
- 2 審査に必要な範囲で、受診状況、戸籍及び夫婦の所得等について調査をすることに同意します。

申請者(兼)請求者 住 所
氏 名 夫(自署) _____
妻(自署) _____

診療を受けた夫婦の生年月日				個人番号（12桁）														
夫	年	月	日生															
妻	年	月	日生															

請 求 書

請 求 額	円 ※内訳 (A)+内訳 (B)
-------	------------------

内訳 (A)：保険適用

支払証明額 円 — 助成対象外経費等 円 = 円

内訳 (B)：保険不適用

支払証明額 円 — 助成対象外経費等 円 = 円

- ・ 1,000円未満の端数切り捨て
- ・ 上限 30万円/年度

振 込 先	金融機関	支店名	口座種別	口座番号	ふりがな 口座名義
				普通	

《添付書類》

一般不妊治療・不育症治療医療機関受診等証明書（様式第5号）及び領収書
（保険薬局で投薬を受けた方は、薬局からの証明書と合わせて提出してください。）

※ 個人番号を記入しない場合は、戸籍謄本及び所得証明書を添付