

珠洲市子宝支援治療費助成金交付申請書（兼）請求書（一般）

年 月 日

珠洲市長

- 1 関係書類を添えて下記のとおり、不妊治療費の助成を申請します。
- 2 この申請の審査に必要な範囲で、市税等市に対する納付金の状況の確認を行うことに同意します。

申請者(兼)請求者
住 所
氏 名 _____ 印
(口座名義人と同一)

不妊治療に要した本人負担額（対象経費） 金 _____ 円

氏名	夫		年	月	日生
	妻		年	月	日生
住所	(※1)	(tel _____)			
1年前の住所	(※2)				
加入医療保険 (夫)	【保険者名称】 【記号及び番号】	【保険者番号】 【被保険者名】			
加入医療保険 (妻)	【保険者名称】 【記号及び番号】	【保険者番号】 【被保険者名】			
対象経費の内訳	(保険適用)	(保険適用外)			
	円 (A)	円 (B)			
申請助成額	$\underline{(A \times 0.5)} \text{ 円} + \underline{(B \times 0.5)} \text{ 円}$				
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1,000 円未満の端数切り捨て ・ 上限 5 万円 / 年度 				
	= 合計 _____ 円				

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・当座		

※1：夫婦の住所を記入する。

※2：助成を申請している最初の診療月の1年前の住所

《添付書類》

1. 一般不妊治療医療機関受診等証明書及び領収書
(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。)
2. 戸籍上の夫婦であることを証明する書類
(戸籍謄本) 申請日前6月以内に作成されたもの
3. 夫婦の前年の所得(前年の所得が確定するまでの間は前々年の所得)を証明する書類
(市町村長の作成した所得証明書)