

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 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)

診療を受けた夫婦の氏名及び生年月日		
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・当座	

※ 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4号）及び領収書
戸籍上の夫婦であることを証明する書類（戸籍謄本1通）