

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 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) _____

不妊治療に要した本人負担額（対象経費） 金 _____ 円

生年月日	夫	年 月 日生	個人番号 (12桁)	夫		
	妻	年 月 日生		妻		
加入医療 保険	夫	【保険者名称】		【保険者番号】		
		【記号及び番号】		【被保険者名】		
	妻	【保険者名称】		【保険者番号】		
		【記号及び番号】		【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	$(A \times 0.5)$ 円 + $(B \times 0.5)$ 円 = 合計 _____ 円					
	・ 1,000 円未満の端数切り捨て ・ 上限5万円 / 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