

珠洲市子宝支援治療費助成金交付申請書（兼）請求書（特定）

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、受診状況及び戸籍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（体外受精、顕微授精、男性不妊治療の一環）

（ 支払証明額 円 — 県の助成 円 ） × 0.8 = 円

- ・1,000円未満の端数切り捨て
- ・上限80万円/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》

特定不妊治療医療機関受診等証明書（様式第4号）及び領収書

※ 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