様式第１号（第８条関係）

不妊症

珠洲市子宝支援治療費助成金交付申請書（兼）請求書（不妊症）

年　　月　　日

珠洲市長

１　関係書類を添えて下記のとおり、不妊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（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）：保険適用外
支払証明額　　円 ― 助成対象外経費等　　円　＝　　円
・保険適用外分は上限 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≫
不妊症治療・不育症治療医療機関受診等証明書（様式第３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、戸籍謄本を添付
※　事実上婚姻関係と同様の事情にある者は、事実婚関係に関する申立書（様式第６号）を添付