

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 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）：保険不適用
支払証明額 円 — 助成対象外経費等 円 = 円

・ 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