

羽咋市一般不妊治療費助成交付申請書(請求書)

年 月 日

羽咋市長

申請者 氏名 \_\_\_\_\_  
 (口座名義人と同一)  
 電話番号 \_\_\_\_\_

関係書類を添えて下記のとおり、一般不妊治療費の助成を申請及び請求します。  
 なお、この申請の審査に必要な範囲で、住民登録及び地方税関係情報等の調査を行うことに同意します。

申請及び請求金額 金 円

夫	氏名	生年月日: 年 月 日生		
	住所	羽咋市	年齢	歳
妻	氏名	生年月日: 年 月 日生		
	住所	羽咋市	年齢	歳
1年前の住所		*助成を申請している最初の診療月の1年前の住所		
加入 医療保険	夫	【保険者名称】	【保険者番号】	
		【被保険者証の記号及び番号】	【被保険者名】	
	妻	【保険者名称】	【保険者番号】	
		【被保険者証の記号及び番号】	【被保険者名】	
振込先	金融機関	銀行・金庫・農業協同組合		支店・本店・支所
	フリガナ	口座の種類	普通・当座	
	口座名義 (申請者と同じ)	口座番号	生年月日	年 月 日生
申請額内訳	(A) 対象治療に要した本人負担額	_____円		
	(B) 加入医療保険からの助成額	_____円		
	(C) 差引本人負担額(A)-(B)	_____円		
	(D) (C)×7割	_____円 (円未満切捨て)		
	(E) 助成申請額	_____円		
市への申請回数	回目			

- 1.注意事項 治療を受けた月の翌月初日から起算して2年以内に申請してください。
- 2.添付書類
  - ① 一般不妊治療医療機関受診等証明書(様式第2号)  
(薬局での投薬を受けた方は、薬局からの証明書と合わせて提出してください)
  - ② 夫婦のどちらかが羽咋市に住所を有しない場合のみ、戸籍上の夫婦であることを証明する書類(戸籍謄本等)[6か月以内のもの]
  - ③ 振込先のわかる通帳のコピー