

(先進医療) 不妊治療助成申請書

年 月 日

羽咋市長

- 1 不妊治療のうち先進医療に要した費用について、関係書類を添えて下記のとおり助成を申請します。
- 2 本申請に係る助成対象に対し、他の自治体の助成を受けません。

氏名		生年月日	電話番号
(ふりがな) 申請者	()	年 月 日 (歳)	— —
①住所	〒		
(ふりがな) 夫／妻	()	年 月 日 (歳)	— —
②住所	※①住所と異なる場合にのみ記載 〒		
申請回数	回		
申請内容	A 先進医療に要した費用	円	※添付の(先進医療)不妊治療費支援事業受診等証明書の領収金額計と一致すること
	B 助成申請額(A × 7/10)	円	※A × 7/10(円未満切捨て)と15万円を比較し、低い額

振込先	金融機関名		支店名	口座種別
				普通・当座
	口座番号		口座名義(カナ)	

原則、治療が終了した日の属する年度内に申請してください

- (添付書類) 様式第4号 (先進医療)不妊治療医療機関受診等証明書
 医療機関が発行した領収書及び明細書(助成対象治療が含まれるもの)
 夫婦の一方が羽咋市に住所を有しない場合、戸籍上の夫婦であることを証明する書類(戸籍謄本等)
 振込先のわかる通帳またはキャッシュカードの写し