

不妊治療助成申請書

年 月 日

羽咋市長

- 1 不妊治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	一般不妊治療に要した費用		円	※添付の不妊治療医療機関受診等証明書の領収金額と一致すること。	
	生殖補助医療に要した費用		円	※添付の不妊治療医療機関受診等証明書の領収金額と一致すること。	
	その他		円	※添付の不妊治療医療機関受診等証明書の領収金額と一致すること。	
	助成申請額		円	上限50万円/年度	
	前回申請額（累計）		円	前回までの申請額の累計	
加入医療保険 (申請内容が その他以外の 場合に記入)	妻	【被保険者証の記号及び番号】 【被保険者名】		【保険者番号】 【保険者名称】	
	夫	【被保険者証の記号及び番号】 【被保険者名】		【保険者番号】 【保険者名称】	

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3号 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

給付履歴(今回の申請を含まない)

[illegible]