

小松市一般不妊治療費助成交付申請書

令和 年 月 日

(あて先) 小松市長

〒

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 (口座名義人と同一) _____

電話番号 () -

- 1 関係書類を添えて下記のとおり、不妊治療費の助成を申請します。
 2 本申請に係る治療に対し、他の市町及び県の助成を受けません。太枠の中をご記入ください。

	氏 名 (ふりがな)	生 年 月 日		
夫	()	年 月 日 (歳)		
妻	()	年 月 日 (歳)		
夫婦の住所が異なる場合は、夫又は妻の住所		〒 (夫・妻)		
加入医療保険		夫	妻	
保険者名称				
被保険者名				
加入医療保険からの助成について		<input type="checkbox"/> 助成あり <input type="checkbox"/> 助成なし	'あり'の場合 助成額 円	
個人情報の確認に対する同意		本申請の審査に必要な範囲で、戸籍、住所を確認することに		<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない
支給申請額		円		

振込先

金融機関 (ゆうちょ銀行を除く)	銀行 信用金庫 農業協同組合				本店 支店 支所
	種類	普通・当座		口座番号	
ゆうちょ銀行 (通帳の写しを添付)	ゆうちょ銀行		預金種目	店名・店番	通帳番号 (右詰めでお書きください)
	9	9	0	0	普通・当座
口座名義人	氏名			カナ氏名	

事務欄

	1年目	2年目	合計
治療期間	~	~	~
不妊治療費 (本人負担額)	円	円	円
補任負担額 1 / 2 (円未満切捨て)	円	円	円
不妊治療費助成申請額 (ただし、1年度上限 5万円)	円	円	円

《添付書類》

・一般不妊治療医療機関受診等証明書（様式第2号）（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。）

※小松市の公簿等により夫婦であることの確認ができない場合は、6か月以内に作成された戸籍謄本が必要です。