

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（ ） -

- 関係書類を添えて下記のとおり、双方の同意の上、不妊治療費の助成を申請します。
- 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同意します。
- 本申請に係る治療に対し、他の市町の助成を受けません。

	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 本店 信用金庫 支店 農業協同組合 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
	9 9 0 0	普通・当座	通帳番号 (右詰めでお書きください)
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
本人負担額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。