

# 不育症治療費助成金支給申請書

年　月　日

(宛先) 金沢市長

申請者(口座名義人と同一)

氏　名

電話番号

\* 日中連絡がとれる電話番号を記入してください。

金沢市不育症治療費助成事業実施要綱に基づき、不育症治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

不育症治療費の助成に必要な住民登録等に関する情報を市長が調査すること及び必要に応じて助成実績等について市長が転出入先の自治体に確認をすることに同意します。

なお、この申請に係る不育症治療について、他の市町及び県の助成は受けません。

夫	フリガナ			
	氏　名	(署名又は記名押印)		
	生年月日	年　月　日 (　歳)		
	住　所	〒		
妻	フリガナ			
	氏　名	(署名又は記名押印)		
	生年月日	年　月　日 (　歳)		
	住　所	〒		
加入医療保険(夫)		保険者名称	保険者番号	
		被保険者名	記号・番号	
加入医療保険(妻)		保険者名称	保険者番号	
		被保険者名	記号・番号	
婚姻年月日		年　月　日	<input type="checkbox"/> 事実婚(戸籍謄本及び申立書を添付)	
不育症治療費助成申請額			円	
不育症治療に要した本人負担額			円	
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協		本店・支店・出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号:	
	口座名義人(カタカナ)			

備考 次の書類を添付してください。

- (1) 不育症治療医療機関受診等証明書
- (2) 必要に応じ、次の書類

ア 夫婦の一方が市外に在住の場合、住所を確認できる書類(住民票)

イ 戸籍上の夫婦であることを証明する書類(戸籍謄本)

※事実婚関係にある場合は、夫婦それぞれの戸籍謄本及び事実婚に関する申立書