

## 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)

- ・申請者本人が署名  
⇒ 押印不要
- ・パソコン印字  
⇒ 押印 及び  
(申請書余白に) 捺印 要
- ・訂正箇所 (訂正印) がある場合  
⇒ 押印 及び  
(申請書余白に) 捺印 要

氏 名 金沢 花子

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

\* 日中連絡がとれる電話番号を記入してください。

金 書 類

に基づき、不育症治療費の助成を受けたいので、関係

不育症治療費の助成に必要な世帯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	カナザワ タロウ	
	氏 名	金沢 太郎	
	生年月日	平成 3 年 4 月 5 日 ( □□ 歳)	
	住 所	〒920-8577 金沢市広坂1丁目1番1号	
妻	フリガナ	カナザワ ハナコ	
	氏 名	金沢 花子	
	生年月日	平成 5 年 6 月 7 日 ( □□ 歳)	
	住 所	〒920-8577 金沢市広坂1丁目1番1号	
加入医療保険 (夫)		保険者名称 〇〇健康保険組合	保険者番号 1234567
		被保険者名 金沢 太郎	記号・番号 123 456
加入医療保険 (妻)		保険者名称 〇〇健康保険組合	保険者番号 9876543
		被保険者名 金沢 花子	記号・番号 678 901
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	〇〇 (銀行)・金庫・農協 〇〇 本店 (支店)・出張所	
	預金種別	(普通)・当座	口座番号: 〇〇〇〇〇〇
	口座名義人 (カタカナ)		カナザワ ハナコ

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関係に関する申立書