

不妊治療費助成金支給申請書

(宛先) 金沢市長

年 月 日

申請者 氏 名
(口座名義人と同一) _____

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。

次のとおり、金沢市少子化対策不妊治療費助成事業実施要綱に基づき、不妊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。

助成要件確認のため、市長が住民基本台帳等を確認し、及び金沢市以外の地方公共団体、医療機関その他関係機関に支給要件に関する事項を照会することについて同意します。

この申請に係る不妊治療について、国又は金沢市以外の地方公共団体の助成は受けません。

夫	ふりがな							生年 月 日	年 月 日生 (歳)
	氏 名	(署名又は記名押印)							
	住 所	〒							
妻	ふりがな							生年 月 日	年 月 日生 (歳)
	氏 名	(署名又は記名押印)							
	住 所	〒							
婚 姻 年 月 日		年 月 日						☐ 今回の治療開始後に婚姻 (戸籍謄本を添付) ☐ 事実婚 (夫婦各々の戸籍謄本及び申立書を添付)	
加入健康保険	(夫) ☐ 保険情報の 写しを添付し ます (右欄記載 不要)	記号					番号		
		保険者番号						保険者名	
		資格取得年月日	年 月 日				被保険者氏名		
	(妻) ☐ 保険情報の 写しを添付し ます (右欄記載 不要)	記号					番号		
		保険者番号						保険者名	
		資格取得年月日	年 月 日				被保険者氏名		
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協						本店・支店・出張所	普通 ・ 当座
	口 座 番 号						口座名義人 カナ	(夫又は妻の名義)	
不妊治療助成金申請回数 (R4.4 以降の治療) ☐ 初めて ☐ 2 回目以上 (☐ 前回申請以降、出産もしくは妊娠 12 週以降の流産あり)									

※添付書類

- 金沢市 不妊治療費助成 診療内容等証明書 (夫婦それぞれの明細も必要)
- 資格確認書や資格情報のお知らせ等、健康保険の加入資格が確認できるもの (写し)
- 通帳やキャッシュカード等、口座情報の分かるもの (写し)
- 必要に応じ、下記の書類
 - ・ 先進医療を受けた場合、先進医療にかかる領収書及び明細書の原本
 - ・ 高額療養費及び付加給付金に該当する場合、高額療養費等支給決定通知書
 - ・ 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)
 - ・ 夫婦の住民票が異なる場合、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

受付担当者処理欄

受付場所	駅西HC 泉野HC 元町HC 本庁 郵送
------	----------------------------------

健康政策課処理欄

助成履歴 有・無	1年目：	年	月～	年	月	円	リセット 有・無 (年 月 日)
	2年目：	年	月～	年	月	円	
	生殖自費：	年	月～	年	月	円	

一般不妊治療				
a 自己負担額	1年目： 年 月～ 年 月		2年目： 年 月～ 年 月	
	円		円	
b 付加給付額等	1年目： 円		2年目： 円	
c 申請額 (a-b)×1/2 1年当たり上限5万円	1年目： 円		2年目： 円	
生殖補助医療（保険適用）				
a 自己負担額	(1) 円	(2) 円	(3) 円	
b 付加給付額等	(1) 円	(2) 円	(3) 円	
c 申請額 (a-b)×1/2 1回当たり上限5万円	(1) 円	(2) 円	(3) 円	
d 自己負担額	(4) 円	(5) 円	(6) 円	
e 付加給付額等	(4) 円	(5) 円	(6) 円	
f 申請額 (d-e)×1/2 1回当たり上限5万円	(4) 円	(5) 円	(6) 円	計 円
生殖補助医療（自費）				
g 自己負担額	(1) 円			
h 申請額 d×7/10 上限15万円	(1) 円			
先進医療				
i 自己負担額	(1) 円	(2) 円	(3) 円	
j 申請額 i×7/10 1回当たり上限15万円	(1) 円	(2) 円	(3) 円	
k 自己負担額	(4) 円	(5) 円	(6) 円	
l 申請額 k×7/10 1回当たり上限15万円	(4) 円	(5) 円	(6) 円	計 円
申請額合計			円	