

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 金沢 太郎

(口座名義人と同一)

電話番号 (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。

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	かなざわ たろう				生年	平成〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日							
	氏 名	金沢 太郎 (金沢)				月 日	生 (〇〇 歳)							
	住 所	〒920-8577 金沢市広坂1丁目1番1号												
妻	ふりがな	かなざわ はなこ				生年	平成〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日							
	氏 名	金沢 花子 (金沢)				月 日	生 (〇〇 歳)							
	住 所	〒920-8577 金沢市広坂1丁目1番1号												
婚 姻 年 月 日		令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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)	記号	〇〇〇〇〇〇				番号	〇〇〇〇						
	☐ 保険情報の 写しを添付し ます (右欄記載 不要)	保険者番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	保険者名	〇〇健康保険組合	
		資格取得年月日	令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日				被保険者氏名							
	(妻)	記号					番号							
	☒ 保険情報の 写しを添付し ます (右欄記載 不要)	保険者番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	被保険者氏名		
		資格取得年月日	令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日				被保険者氏名							
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	(普通) ・ 当座							
	口 座 番 号	1	2	3	4	5	6	口座名義人 カナ	カナザワ タロウ (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
 - 資格確認書や資格情報のお知らせ
 - 通帳やキャッシュカード等、口座
 - 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	駅西口	記入不要	送
------	-----	------	---

健康政策課处理欄

助成履歴 有・無	1年目・ 2年目	年 月 日	年 月 日	円	無 (円)
a 自己					月
b 付加					
c 申 (a-b) 1年当た					
a 自己					円
b 付加					円
c 申 (a-b) 1回当た					円
d 自己					円
e 付加					円
f 申 (d-e) 1回当た					円 円
g 自己					
h 申 d×7/10					
i 自己					円
j 申 i× 1回当た					円
k 自己					円
l 申 k× 1回当たり上					円 円
					円