

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。

- ☐ 先進不妊治療費助成 ・ その他不妊治療費助成 について申請します。(該当するものに○)
- ☐ 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	年 月 日生	
	氏 名	(署名又は記名押印)		月 日	(歳)	
	住 所	〒				
妻	ふりがな			生年	年 月 日生	
	氏 名	(署名又は記名押印)		月 日	(歳)	
	住 所	〒				
婚 姻 年 月 日		年 月 日		☐ 事実婚（戸籍謄本及び申立書を添付）		
振 込 先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店（支所） 農協 出張所				
	預金の種類	普通	フリガナ			
		当座	口座名義人	(夫又は妻の名義の口座を記入)		
	口 座 番 号					(口座番号は 右詰記入)

※添付書類

- 1 先進不妊治療受診等証明書（様式第2号）又はその他不妊治療受診等証明書（様式第3号）
- 2 必要に応じ、下記の書類
- ・ 領収書及び明細書（様式第2号に添付）

・ 高額療養費に該当する場合、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）

・ 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

処理欄（記入しないでください）

不妊治療（先進医療を除く）				先進医療			
a 自己負担額	円			a' 自己負担額	円		
b 付加給付額等	円			b' 付加給付額等	円		
c 申 請 額 (a-b) × 1/2 1年当たり上限5万円	円			c' 申 請 額 (a'-b') × 7/10 1回当たり上限15万円	円		
申請額合計					円		
助成履歴	①	年 月～	年 月	円	リセット 有 ・ 無 (年 月 日)		
	②	年 月～	年 月	円			