

一般不妊治療費助成交付申請書

年 月 日

（あて先）白山市長

〒
住 所 白山市
申請者名
（口座名義人と同一） ㊞

白山市一般不妊治療費助成事業実施要綱に基づき、一般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。

なお、この申請の審査に必要な範囲で、住民登録、所得調査等の確認を行うことに同意します。またこの申請に係る治療に対し、他の市町及び県の助成を受けません。

夫	（ふりがな） 氏 名 （生年月日）	年 月 日生	（ 歳）
	住 所	白山市	（電話 - ）
妻	（ふりがな） 氏 名 （生年月日）	年 月 日生	（ 歳）
	住 所	白山市	（電話 - ）
1 年 前 の 住 所			
過 去 1 年 間 に 居 住 し た 市 町			
加 入 医 療 保 険 （ 夫 ）		保険者名称（ ） 保険者番号（ ） 被保険者証の記号及び番号（ ） 被保険者名（ ）	
加 入 医 療 保 険 （ 妻 ）		保険者名称（ ） 保険者番号（ ） 被保険者証の記号及び番号（ ） 被保険者名（ ）	
振 込 先	金 融 機 関 名	銀行・金庫・農協 店	
	預 金 種 別	普通・当座	口座番号：
	ふ り が な 口 座 名 義 人 （申請者と同一）	

※以下の欄は記入しないで下さい。

a 不妊治療費（本人負担額）	_____	円
b 本人負担額の1/2（1年度上限5万円）	_____	円
c 一般不妊治療費助成申請額	_____	円

① 注意事項

治療を受けた日の属する月の翌月から1年を経過する日までに申請してください。

（例）令和元年5月診療分は令和2年5月末日までに申請

② 添付書類

(1) 一般不妊治療医療機関受診等証明書（保険薬局で投薬を受けた方は、薬局からの証明書と合わせて提出してください。）

(2) 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明する書類（公簿等により確認できるときは、省略できます。）

(3) 夫及び妻の所得額を証明する書類（公簿等により確認できるときは、省略できます。）