

様式第1号(第6条関係)

不育症治療費助成交付申請書

年 月 日

(あて先) 白山市長

申請者 住 所 〒

氏 名

㊞

(口座名義人と同一)

白山市不育症治療費助成事業実施要綱に基づき、不育症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、他の市町の助成を受けません。

夫	氏 名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
	住 所	〒 (電話 )		
妻	氏 名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
	住 所	〒 (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 記号及び番号 被保険者名	(～年 月 日まで加入していた医療保険) 保険者名称 保険者番号 記号及び番号 被保険者名 *途中変更のあった方のみご記入ください。	
加入医療保険 (妻)		保険者名称 保険者番号 記号及び番号 被保険者名	(～年 月 日まで加入していた医療保険) 保険者名称 保険者番号 記号及び番号 被保険者名 *途中変更のあった方のみご記入ください。	
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)			

1 注意事項

1 治療期間に係る費用の支払いが終了した日の属する月の翌月から起算して6か月以内に申請してください。

2 添付書類

- (1) 不育症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。)

次の欄は、記入しないでください。

a	不育症治療費(助成対象となる治療費)	円
b	本人負担額の1/2(1年度上限30万円)	円
c	不育症治療費助成申請額	円