

一般不妊治療費助成申請書

年 月 日

(宛先)加賀市長

〒 ー
申請者 住 所
氏 名 (印)
電話番号 () ー

- 1 加賀市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。
- 2 本申請に係る治療費に対して、他の市町及び県の助成を受けません。

夫	① 氏 名	ふりがな	生 年		
			月 日	年	月 日 生
妻	② 氏 名	ふりがな	生 年		
			月 日	年	月 日 生
住 所	③ 夫婦の住所が異なる場合は夫又は妻の住所		(夫・妻) 〒		
	④ 助成を申請している最初の診療月の1年前の住所		〒		
	⑤ ④の住所以降、過去1年間に居住した市町名				
振 込 先	⑥ 金 融 機 関 名		銀行・金庫・農協 店		
	⑦ 預金種別・口座番号		普通・当座	口 座 番 号	
	⑧ 口 座 名 義 人 (申請者と同一)				
⑨ 不妊治療に要した本人負担額			円(A)		
⑩ ⑨に対する健康保険等からの附加給付の額			円(B)		
⑪ 差 引 き 本 人 負 担 額			円(C) (A) - (B)		
⑫ ⑪の本人負担額の1/2の額			円(C) × 1/2 (円未満切捨て)		
⑬ 助 成 申 請 額			円(上限 5万円/年)		
⑭ 必 ず 添 付 す る 書 類		<input type="checkbox"/> 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、薬局からの証明書も必要です。) <input type="checkbox"/> 夫婦それぞれの加入健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 市税等納付状況調査同意書			
⑮ 個人情報の確認に対する同意		本申請の審査に必要な範囲で、戸籍、住所及び所得等を確認することに		<input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。	
⑯ ⑮で同意しない場合又は加賀市に住所を有しなかった場合等により確認できない場合に添付する書類		<input type="checkbox"/> 戸籍抄本又は法律上の婚姻関係が確認できる書類 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 所得証明書(児童手当法施行令による控除が確認できるもの)			

※注意事項

- 1 必要に応じて内容を確認することがありますので、電話は日中の連絡先をご記入ください。
- 2 必要に応じて上記添付書類以外にも書類の提出を求められることがあります。
- 3 必要に応じて助成実績等について、石川県及び転出入先の市町に確認をすることがあります。