

不妊治療費助成金交付申請書

令和 年 月 日

野々市市長 宛

〒
住 所 野々市市
申請者名
(口座名義人と同一)
電話番号

野々市市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。

氏 名		生 年 月 日	
フリガナ			
夫		年 月 日 (歳)	
フリガナ			
妻		年 月 日 (歳)	
住所（夫婦の住所が異なる場合、ご記入ください。）		(夫・妻) 〒	
加入 医療 保険		夫	妻
	保険者名称		
	保険者番号		
	記号番号		
	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	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人 (申請者と同一)		
【同意事項】 本申請の審査のために必要があるときは、野々市市長が私たち夫婦の住民登録及び申請、治療の状況について調査することに同意します。同意した調査で確認できない場合は、必要書類を追加提出します。 また、本申請に係る治療費に対し、他の市町村又は都道府県の助成を受けません。 令和 年 月 日 氏名			

ここから下の欄は記入しないでください。

a 対象治療に要した本人負担額	金	円
b 付加給付額	金	円
c 不妊治療費助成申請額 { (a-b) × 1/2 = c }	金	円
本人負担額から付加給付額を控除した額の1/2 以内とし、1年当たり5万円、1月あたり2万5千円を上限とします。		
市への申請回数	回目 ・ 申請歴 (年度)	