

かほく市不妊治療支援事業補助金交付申請書

年 月 日

かほく市長 様

申請者 住所
氏名

(口座名義人と同一)

関係書類を添えて次のとおり、不妊治療費の補助を申請します。本申請に係る治療に対し、他の市町の助成を受けません。

なお、本申請の審査に必要な範囲で市税の納付状況、住所等の確認を行うことに同意します。また、同意した調査で確認できない場合は、必要書類を提出します。

夫	氏名	フリガナ Ⓜ	生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	〒 電話 ()		
	加入医療保険	【保険者名称】 【被保険者記号及び番号】 【被保険者名】	【保険者番号】	
妻	氏名	フリガナ Ⓜ	生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	□夫と同じ〒 電話 ()		
	加入医療保険	【保険者名称】 【被保険者記号及び番号】 【被保険者名】	【保険者番号】	
不妊治療に要した本人支払額 (A)		円	付加給付支給額 (C)	円
高額医療費制度支給額 (B)		円	本人負担額 (A-B-C)	円
			申請金額	円
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	
	(フリガナ) 口座名義人	(申請者と同一)		

- (添付書類) 医療機関が発行した領収書及び明細書（助成対象治療が含まれるもの）
 医療機関からの一般不妊治療受診等証明書又は生殖補助医療受診等証明書
 先進医療費の補助がある場合は先進医療費支援事業受診等証明書
 資格確認書、資格情報のお知らせ又は有効な健康保険証の写し
 （上記の写しを持参できない場合はマイナポータルの資格情報を確認する）