

輪島市子宝支援助成申請書(一般・不育)

年 月 日

(宛先)輪島市長

申請者 氏名 _____ ㊟

(口座名義人と同一)

輪島市子宝支援助成要綱の規定により助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。
 なお、本申請の審査に必要な範囲で、市税等の確認を行うことに同意します。

	氏 名 (ふ り が な)	生 年 月 日
夫	()	年 月 日生(歳)
妻	()	年 月 日生(歳)
住所	〒 _____ 電話 ()	
夫婦の住所が異なる場合記入	〒 _____ 電話 ()	
対 象 治 療 費	<保険適用> 円 (A)	<保険適用外> 円 (B)
申 請 助 成 費	$\frac{(A \times 0.5)}{\text{円}} + \frac{(B \times 0.7)}{\text{円}}$ ※ 上限 5 万円 / 年度 ※ 一般不妊治療上限 70 万円 / 年度 ※ 小数点以下切り捨て ※ 不育症治療上限 30 万円 / 年度 ※ 小数点以下切り捨て	
	= 合計 _____ 円	