

輪島市子宝支援助成申請書 (特定)

年 月 日

(宛先)輪島市長

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

(口座名義人と同一)

輪島市子宝支援助成要綱に基づき、特定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。

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	〒 _____ 電話 ( )	
対 象 治療費	<不妊治療費(男性分除く)> <男性不妊治療分> <不妊治療費合計> _____ 円(A) + _____ 円(B) = _____ 円(C)	
石川県 助成額	<不妊治療費(男性分除く)> <男性不妊治療分> <不妊治療費合計> _____ 円(D) + _____ 円(E) = _____ 円(F)	
申請額	$\frac{(C \times 0.8)}{\text{円}} - \frac{(F)}{\text{円}}$ ※特定不妊治療上限 100 万円/年度 ※小数点以下切り捨て <p style="text-align: right; margin-top: 10px;"><b>= 合計 _____ 円</b></p>	

※ 治療が終了した日の属する年度内に申請して下さい。(ただし、3月に治療が終了した  
ものについては、翌4月までに申請する)

《添付書類》

石川県特定不妊治療費助成承認決定通知書

石川県特定不妊治療費助成事業の申請に添付した領収書の写し

※ただし、所得制限のため県助成を受けられない場合は、輪島市特定不妊治療医療機関受診  
証明書及びその治療に係る領収書を添付