様式第１号(第８条関係)　　一般・不育

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	(A×0.5)　　円＋(B×0.7)　　円 ※　上限５万円／年度 ※　小数点以下切り捨て ※　一般不妊治療上限 70 万円／年度 ※　不育症治療上限 30 万円／年度 ※　小数点以下切り捨て ＝合計　　円	

確認欄	戸籍	住所	市税

□申請期限
(診療した月の翌月の１日から起算して２年以内)