

## 氷見市不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

氷見市長 あて

下記の事項に同意の上、関係書類を添えて不妊治療費助成金を申請します。

### 記

- 1 助成金の交付要件を確認するため、市税等の納入状況（申請者及び同一世帯に属する者）、住民基本台帳の情報について市が確認すること
- 2 市が申請者の情報を確認できない場合は、市からの要請に基づき関係書類を市に提出すること

	申請者	配偶者
氏名		
生年月日	昭和 平成 年 月 日（ 歳）	昭和 平成 年 月 日（ 歳）
	※今回申請する治療の開始日(受診証明書の「今回の治療期間」の初日)における年齢をご記入ください。	
住所	〒 -	〒 -
	(Tel - - )※日中連絡可能な電話番号	(Tel - - )※日中連絡可能な電話番号
不妊治療を受けた医療機関名		
既交付額 ※申請年度中に氷見市で受けた助成決定額の合計をご記入ください	金 円	富山県特定不妊治療費助成決定額 金 円

- (注) 添付書類
- 1 当該治療に係る富山県特定不妊治療費助成事業受診証明書の写し
  - 2 当該不妊治療費（体外受精・顕微授精）に係る領収書及び明細書（原本）
  - 3 当該治療に係る富山県特定不妊治療費助成承認決定通知書の写し
  - 4 戸籍謄本（夫婦別世帯の場合）

振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫・農協・漁協							支店
	指 定 口 座	1 普通 2 当座	口座番号 (右詰め記入)						
	フリガナ 口座名義								