

氷見市男性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、関係書類を添えて氷見市男性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
治療を受けた 医療機関名		
確 認 事 項 ※該当項目にチェックをお願いします。）	<input type="checkbox"/> 氷見市男性不妊治療費助成事業(体外受精及び顕微授精)と同時に申請します <input type="checkbox"/> 男性不妊治療費助成申請のみ提出します（採卵前に男性不妊治療を行ったが、精子が採取できずに治療が終了したため）	
既交付額 ※申請年度中に氷見市で受けた男性不妊治療費助成決定額の合計をご記入ください	金 円	富山県男性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男性不妊治療費助成事業受診証明書の写し
 - 2 当該治療費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（男性不妊治療費助成決定額の記載があるもの）

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										