

## 氷見市不育症治療費助成金交付申請

年 月 日

氷見市長 あて

申請者及び配偶者（パートナー）は下記の事項に同意の上、関係書類を添えて不育症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、申請者及び配偶者（パートナー）の同一世帯員における市税等の納入状況、住民基本台帳の情報、加入保険等に規定する他の助成や他市町村での助成の有無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。
- 3 この事業による受給者人数、出生児数等について全数、年齢別及び治療別に集計して公表する可能性があること。（※個人情報公表しません。）
- 4 申請日において申請者及び配偶者（パートナー）の両方又はいずれか一方が氷見市に1年以上住所を有している又は1年以上有する見込みであること。

		申請者	配偶者（パートナー）								
ふりがな	氏名										
生年月日		年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）								
住 所		〒		〒							
	電話番号			電話番号							
不育症検査及び治療を受けた医療機関名											
今回の検査・治療に要した金額		①		円							
受診証明書発行に要した金額 <small>※2万円を超える場合は2万円</small>		②		円							
富山県不育症検査費用助成事業補助金交付額		③		円							
医療保険給付金等の金額 <small>※高額療養費や付加給付金等の給付金額</small>		④		円							
申請額（①②の合計から③④の合計を控除した額）				円							
振 込 先 ※	金融機関名	銀行・金庫・信組 信連・農協 漁協・漁協連			本・支店 本・支所 出張所						
	預金種別	普通・当座		口座番号 (右詰記入)							
	フリガナ 口座名義										

※ 申請者が口座名義人となっている口座を記入してください。