

氷見市不育症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、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
申請者	氏名		
	生年月日	昭和 年 月 日（ 歳） 平成	昭和 年 月 日（ 歳） 平成
	※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
医療機関での不育症検査又は治療に係る自己負担額			
上記による不育症検査又は治療に係る院外処方薬局自己負担額			
合計			

- 1 院外処方がある場合は、その費用も対象となります。
- 2 食事療養費、文書料、差額ベッド代など検査又は治療に直接関係のない費用は対象となりません。

- (注) 添付書類
- 1 不育症治療医療機関受診等証明書
 - 2 当該不育症治療に係る領収書及び明細書（原本）
 - 3 検査や治療を受けた方の健康保険証
 - 4 戸籍謄本（夫婦別世帯の場合）
 - 5 事実婚関係に関する申立書（事実婚の場合）

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										