

氷見市特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

氷見市長 あて

(申請者)

住 所

氏 名

電 話

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、加入保険等に規定する他の助成及び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。

夫	住 所			
	(ふりがな) 氏 名	生年月日	年 月 日 (歳)	
妻	住 所			
	(ふりがな) 氏 名	生年月日	年 月 日 (歳)	
不妊治療を受けた 医療機関名				
不妊治療に要した金額 ※今回の治療における自己負担額を ご記入ください		金 円	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
医療保険給付金等の金額 ※今回の治療における高額療養費等 の支給決定額をご記入ください。		金 円	富山県不妊治療費助成交付額 ※今回の治療における県助成額をご 記入ください。	金 円
確認欄 (該当に✓を入れて空欄に記入ください)	<input type="checkbox"/>	保険診療	● 申請回数 _____ 回目 (保険診療における今回の申請回数をご記入ください) ● 高額療養費限度額適用認定証の有無 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ● 高額療養費該当の有無 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	富山県特 定不妊治 療費助成	● 令和4年度以降の富山県の助成を受けた回数 _____ 回目 ● 今年度 _____ 回目 ※出産等によるリセット後は1回目からカウントする。	
	<input type="checkbox"/>	市単独 助成事業	(上記以外の特定不妊治療) ※40歳未満の県助成対象外となる治療 ● 申請回数 _____ 回目 (市単独事業における今年度の申請回数をご記入ください)	
	<input type="checkbox"/>	先進医療	● 先進医療実施の有無 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	他市町村 における 助成	(氷見市への転入の前に) ● 他の自治体から特定不妊治療を受けたことはありますか 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ※有→市町村名 () 回数 () 回	

【振込先口座】※申請者と同一人であることをご確認ください。

金融機関名	銀行・信用金庫・農協・漁協 店							
預金種別	1 普通 2 当座	口座番号 (右詰め記入)						
フリガナ 口座名義								