

## 氷見市一般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、関係書類を添えて一般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

- 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になりません。

- (注) 添付書類
- 1 氷見市一般不妊治療費助成事業受診証明書
  - 2 当該一般不妊治療費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）

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									