

様式第1号(第6条関係)

滑川市不育治療費助成金交付申請書

年 月 日

滑川市長 水野 達夫 あて

申請者
住 所 滑川市
氏 名
電 話

下記のとおり滑川市不育治療費助成金の交付を受けたいので申請します。

診察を受けた者の氏名		生年月日 (この申請における検査・治療開始日の年齢)	
夫の氏名		年 月 日生 (歳)	
妻の氏名		年 月 日生 (歳)	
住 所	(単身赴任等で夫と妻が異なる住所を有する場合に記入)		

- (注) ・当該不育治療費に係る領収書及び診療報酬明細書を添付すること。
・医療機関が発行した不育症治療医療機関受診等証明書を添付すること。
・夫婦の加入保険証の写しを添付すること。
・夫婦の納税証明書を添付すること。
・※欄は市記載欄のため、記載しないこと。

医療機関での不育症治療費等 (食事療養費等を除く)自己負担額	円
上記による不育症治療にかかる 院外処方薬局自己負担金	円
合計	円
他の助成等から当該治療に対し受けた給付額	円

助成対象金額※	円
---------	---

○申請者本人名義の振込先(口座)をご記入下さい。

振 込 先	口座振替 指定金融機関	銀行 金庫 農協 漁協	本店 支店 出張所
	指定口座	1.普通 2.当座	口座番号(左詰で記入)
	フリガナ		
	口座名義		

