

様式第1号の1(第5条関係)

滑川市不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

滑川市長 あて

申請者

住 所 滑川市

氏 名

電 話

下記のとおり滑川市不妊治療費助成金の交付を受けたいので申請します。

氏 名		生 年 月 日 (この申請における治療開始日の年齢)	
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) ・当該不妊治療費(体外受精・顕微授精)に係る領収書を添付すること。
・申請者(配偶者も含む)の加入保険証の写しを添付すること。
・富山県特定不妊治療費助成事業受診証明書の写しまたは滑川市不妊治療費助成事業受診証明書を添付すること。
・申請者(配偶者も含む)の納税証明書を添付すること。
・医療保険給付金額が確認できる書類を添付すること。

医療機関での不妊症治療費等 (食事療養費等を除く)自己負担額	円
上記による不妊症治療にかかる院外処方薬局自己負担金	円
合 計	円
同時男性不妊治療申請の有無	有 ・ 無
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 (市記入欄)	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		