

様式第1号の2(第5条関係)

滑川市男性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男性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)		
確認事項 (必ずどちらかに ☑してください)	<input type="checkbox"/> 滑川市不妊治療費助成事業と同時に申請します。 なお、体外受精及び顕微授精に関する特定不妊治療の申請には、男性不妊に関する治療費を含みません。 <input type="checkbox"/> 滑川市男性不妊治療費助成金交付申請のみ提出します。 (採卵前に男性不妊治療を行ったが、精子が採取できずに治療が終了したため)		

(注: 添付書類)

滑川市特定不妊治療費助成事業と併せて申請する場合、④⑤は写しを添付してください。

①当該男性不妊治療費(精巣内精子生検採取法(TESE)、精巣上体内精子吸引採取法(MESA))に係る領収書 ②富山県男性不妊治療費助成事業受診証明書の写しまたは滑川市男性不妊治療費助成事業受診証明書 ③申請者(配偶者も含む)の加入保険証の写し ④申請者(配偶者も含む)の納税証明書 ⑤高額医療費や付加給付等の医療保険給付金等がある場合は、その金額が確認できる書類

男性不妊治療費総額	円
他の助成等から当該治療費に対し受けた給付額	円
助成対象金額※	円

※欄は市記載欄のため、記入しないこと。

※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		