

滑川市不育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育治療費助成金の交付を受けたいので申請します。
なお、申請にあたり、次のことについて同意します。
・本申請の審査に必要な範囲で住民基本台帳を確認すること。
・助成要件を満たしているか確認の必要がある場合に関係機関へ照会すること。

氏 名		生 年 月 日 (この申請における治療開始日の年齢)	
夫		昭和・平成	年 月 日生 (歳)
妻		昭和・平成	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)		

- (添付書類) ①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。
②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。
③申請者及び配偶者の医療保険の資格情報が確認できる書類の写しを添付すること。(※)
(資格情報のお知らせの写し、マイナポータルの医療保険の資格情報画面を印刷したものなど)

医療機関での不育症治療費等自己負担額 (食事療養費等を除く)	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 (市記入欄)	円

○助成金振込先口座(申請者本人名義に限る)についてご記入下さい。

振 込 先	金融機関	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所
	指 定 口 座	1.普通 2.当座	口座番号	
	フリガナ			
	口 座 名 義			

(※)ここに記載している「医療保険」とは、一般的に言う「健康保険」を意味します。