

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。

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)		
確認事項 (必ずどちらかに☑を入れてください)	<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)		

(添付書類)

滑川市不妊治療費助成事業と併せて申請する場合、③④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(※)  
(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)
- ④医療保険給付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 (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。