

富山市不育症治療費助成事業申請書

(宛先) 富 山 市 長

年 月 日

関係書類を添えて下記のとおり富山市不育症治療費助成事業の申請をします。

また、先進医療として行う不育症検査(その実施機関として届出又は承認がされている保険医療機関で実施する検査)については、検査結果等について、個人が特定されない形で国に提出し、国がその情報を施策の検討に活用するため集約・分析等を行うことについて同意します。

	(ふ り が な) 氏 名	生 年 月 日		
申請者氏名	()	昭和 平成	年 月 日生(歳)	
申請者以外の 受診者氏名 (該当する場合のみ記入)	()	昭和 平成	年 月 日生(歳)	
住 所	〒 富山市 *日中連絡がとれるところを記載してください。 (本人) 電話 ()			
住民票省略	☐ 私(申請者)の住所等を住民基本台帳で確認することに同意します。 (同意の場合は☑、同意されない場合は住民票を提出願います。)			
助成歴	過去に、不育症治療費(検査分も含む)の助成を受けたことがありますか。 → ☐ なし ☐ あり			
申 請 額 (①+②)(※1)	合 計 金 円			
内訳① (※2)	小 計 金 円	〔 医療機関での不育症検査 又は治療に係る自己負担額 〕		
内訳② (※3)	小 計 金 円	〔 上記による不育症検査又は治療 に係る院外処方薬局自己負担額 〕		
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協 本店 支店 出張所		
	預 金 種 別	普通 当座	(ふ り が な) 口座名義人	()
	口 座 番 号			(左詰記入)
申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日		
受給者番号				
助成決定額				

注)太枠の中をご記入ください。

(添付書類)

- ☐ 1. 富山市不育症治療費助成事業受診等証明書
☐ 2. 不育症の検査及び治療に要した費用の領収書・明細書
☐ 3. 委任状(申請者本人以外の者を口座名義人とする場合)

※1、※2、※3: 記入しないで申請窓口までお持ちください。

※3: 院外処方があれば、その費用も対象となる場合があります。院外処方の領収書および明細書の提出が必要です。