

富山市不育症治療費助成事業申請書

年 月 日

(宛先) 富 山 市 長

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。

	(ふりがな) 氏名	生年月日					
夫	()	昭和 平成	年	月	日生	()	歳
妻	()	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。 (自宅・夫・妻)電話 () (自宅・夫・妻)電話 ()						
住 所 (夫と妻が異なる住所 を有する場合に記入)	異なる住所を有する方に○をつけてください。(夫・妻) 〒 電話 ()						
申請者氏名 (夫及び妻が 自署もしくは記名押印)	印						印
	(※1)						(※1)
申請額 (①+②)	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。

※1: 押印は朱肉を使用し(シャチハタは不可)、夫・妻は異なる印で押印してください。

(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. 戸籍謄本^{注)}※ (発行後3か月以内のもの) ^{注)}※ 夫妻とも外国人の方は、住民票(世帯全員分のもの)をご提出ください。
- 3. 不育症の検査及び治療に要した費用の領収書・診療報酬明細書

※2: 受診等証明書に記載された金額のうち、保険診療分の本人負担金額の合計金額を記入してください。

※3: 院外処方があれば、その費用も対象となります。