

様式第1号（第5条関係）

黒部市不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

黒部市長 あて

〒

申請者 住所

氏名

㊞

(電話番号) —

黒部市不育症治療費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

氏 名		生 年 月 日 (この申請における検査・治療開始日の年齢)			
夫		年 月 日 ( 歳)			
妻		年 月 日 ( 歳)			
住所(申請者同一世帯でない場合)		(夫・妻)			
医療機関での不育症検査又は治療に係る 自己負担額		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		円			
合 計		円			
助成金の 振込先  (口座は申請 者のもので あること)	金融機関名			支店名	
	預金種別	1普通	2当座	口座番号	
	フリガナ				
	口座名義人				
黒部市長あて この申請に必要な要件を確認するため、住民基本台帳の状況を調査することに同意します。(本人自署の場合、印鑑を省略できます。)  夫氏名 ㊞ 妻氏名 ㊞  ※同意されない場合は、婚姻関係、住所及び住民となった日を確認できる書類を提出ください。					
加入保険等から規定等による該当治療費自己負担分の給付の有無		有 ( 円) 無			

1 院外処方がある場合は、その費用も対象になります。(領収書の添付が必要)

2 食事療養費、文書費、差額ベッド代など検査又は治療に直接関係のない費用は、対象となりません。