

# 記入見本

様式第1号（第5条関係）

## 黒部市不妊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 黒部市 三日市1301

氏 名 黒部花子

電話番号 54-2411

次のとおり黒部市不妊治療費の助成金交付を受けたいので、申請します。

診療を受けた者の氏名		生 年 月 日	
夫の氏名	黒部健太郎	昭和49年10月	4日生（歳）
妻の氏名	黒部花子	昭和50年6月	6日生（歳）

※ 医 療 機 関 記 入 欄	
診療を受けた者の氏名	黒部花子
今回の治療期間※1	平成28年4月1日 から 28年6月30日まで
領収金額 (※保険外診療に限る)	280,000円 うち、男性不妊治療費 ※2 0円
上記のとおり不妊治療（体外受精・顕微授精）をされたことを証明します。 年 月 日	
医療機関 所在地 名 称 氏 名	医療機関名・医師名・押印を 必ずお願いします。 印

※不妊診断のための検査費は含まないものとする。

加入保険等から規定等による当該 治療費自己負担分の給付の有無	有（ 無）
県不妊治療費助成受給の有無	有 無
振込先	金融機関名 北 陸 支店名 黒 部 指定口座 普通 2当座 口座番号 1 2 3 4 5 6 7 フリガナ クロベ ハナコ 口座名義 黒部花子

※1）治療期間については、排卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。ただし、主治医の治療方針に基づき、排卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から特定不妊治療終了日までを記載してください。

※2）主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関（指定を受けていない医療機関である場合を含む）で男性不妊治療を行った場合は、主治医が男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。