

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

氏名

（電話番号） —

黒部市不妊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)			
医療機関での不妊治療に係る自己負担額		円			
上記治療に係る院外処方 自己負担額 (院外処方がある方)		円			
合 計		円			
振 込 口 座	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。また、加入保険等に規定する給付について保険者に問い合わせることに同意します。 (本人自署) 夫氏名 妻氏名					
治療費における保険適用の有無		有		無	
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		無	
国・県等からの助成金		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 不妊診断のための検査費、胚凍結保存維持管理料は含みません。また、食事療養費、文書料、差額ベッド代など治療に直接関係のない費用も助成対象となりません。