

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

〒 **938-8555**

申請者 住所 **黒部市三日市1301**

氏名 **黒部 花子**

(電話番号) **54-2111**

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	黒部 健太郎	昭和60年 10月 4日 (〇〇歳)				
妻	黒部 花子	昭和62年 6月 6日 (〇〇歳)				
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		122,600 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)		6,200 円				
合 計		128,800 円				
振 込 口 座	金融機関名	北 陸		支店名	黒 部	
	預金種別	<input checked="" type="radio"/> 1普通	2当座	口座番号	1	2
	フリガナ	クロベ ハナコ				
	口座名義人	黒 部 花 子				
<p>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。</p> <p>(本人自署) 夫氏名 黒部 健太郎 妻氏名 黒部 花子</p>						
治療費における保険適用の有無		<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>				
国・県等からの助成金		有 (円) <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>				

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。