

様式第1号 (第6条関係)

魚津市不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

魚津市長 あて

〒

申請者 住所

氏名

印

(電話番号) —

魚津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		
魚津市長あて 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	印
		妻氏名	印
※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。			
当該治療に対する他の助成等受給 の有無(該当に○をつける) ※未申請でも要件に該当し受給可能な場合も含む		有 ・ 無 1 富山県被験者協力金 2 その他(名称等)	

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。