

魚津市特定不妊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

㊟

(電話番号)

魚津市特定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・年齢(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)									
加入健康保険等の規定による当該治療費自己負担分の給付の有無											有 ・ 無
当該治療に対する他の助成等受給の有無※未申請でも要件に該当し受給可能な場合も含む											有 ・ 無
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及び他の助成等の受給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、受給状況を確認できる書類を提出ください。											

受診・領収証明書 (男性不妊治療を除く特定不妊治療) ※医療機関記入欄

受診者氏名	夫		妻				
治療方法(該当する記号に○を、治療法等の□にチェックをつけてください)							
特定不妊治療		A	B	C	D	E	F
(記号: 富山県特定不妊治療費助成事業の区分による)							
上記A・Bの場合		□体外受精		□顕微授精			
男性不妊治療(特定不妊治療の過程で行う精巣又は精巣上体からの精子回収術)の有無							
□有		□無					
今回の治療期間	年 月 日 ~		年 月 日				
領収金額(保険適用外の自己負担額)	(男性不妊治療費除) 特定不妊治療費		円	領収金額に含まない 院外処方の有無	有 ・ 無		
上記のとおり治療し、その費用を領収したことを証明します。							
年 月 日							
医療機関 所在地							
名称							
主治医名							
㊟							

- 対象となる治療は、保険適用外の治療です。食事療養費、文書費、差額ベッド代など治療に直接関係のない費用、不妊診断のための検査費は、対象となりません。
- 男性不妊治療に係る助成金の申請は、「魚津市男性不妊治療費助成金交付申請書」を使用ください。