

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
(電話番号) ー

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。					
		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)			

- 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。