

(宛先)津幡町長

- 1 関係書類を添えて下記のとおり、不妊治療費の助成を申請(請求)します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、住民登録及び所得調査等の確認を行うことに同意します。
- 2 本申請に係る治療に対し、他の市町及び県の助成を受けません。

申請者自署 氏名 _____ 配偶者自署 氏名 _____
 (※申請者は口座名義人と同一)

注)太枠の中をご記入下さい。

どちらかに○		一般不妊治療		・ 生殖補助医療		
		夫		妻		
フリガナ						
氏名						
生年月日		年 月 日		年 月 日		
住所		〒 津幡町		□夫と同じ 〒		
電話番号		- -		- -		
加入医療保険	保険者名称					
	保険者番号					
	記号番号					
	被保険者名					
	高額療養費 該当の有無	無 ・ 有		無 ・ 有		
	付加給付の 有無	無 ・ 有		無 ・ 有		
振込先	金融機関	支店	普通預金 口座番号			口座名義
	銀行 金庫 農協	支店				(カナ)

※治療を終了した日の属する年度内に申請してください。

(添付書類)

- ・ 治療に関する医療機関証明書
- ・ 医療機関が発行した領収書及び明細書
- ・ 付加給付、高額療養費等を受けている場合は、支給決定通知書等の写し

【町処理欄】

不妊治療に要した本人負担額	円
助成対象額	円
申請(請求)金額	円

(裏)

ここから下の欄には記入しないでください。

自治体記入欄

申請受付年月日	年	月	日	認定年月日	年	月	日			
年度給付実績	申請回数	回	給付額	円	附加給付額	有	・	無		
	助成開始月	月	(助成期間	ヵ月)				円		
年度給付実績	申請回数	回	給付額	円	附加給付額	有	・	無		
	助成開始月	月	(助成期間	ヵ月)				円		
転入の状況	夫	年	月	日	から	妻	年	月	日	から
治療中断期間	年 月 日 ~ 年 月 日									
備考										