

高岡市不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

高岡市長 あて

下記の事項に同意の上、関係書類を添えて不育症治療費助成金を申請します。

記

- 1 市税の納入状況（申請者及び同一世帯に属する者）、申請日時点の住所要件（住民登録の有無、1年以上住所を有しているか）等について市が確認すること。
- 2 市が申請者の情報を確認できない場合は、市からの要請に基づき関係書類を市に提出すること。

	申請者		配偶者等	
(ふりがな) 氏名	()		()	
生年月日	年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)	
	※今回申請する治療開始日(受診証明書の「検査・治療期間」の初日)における年齢をご記入ください。			
住所 ※同居の場合、一方のみ記載	〒 -		〒 -	
	(TEL - -)		(TEL - -)	
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	
振込先	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			

- 1 院外処方があれば、その費用も対象となります。
- 2 入院時の差額ベッド代、食事療養費又は文書料等治療に直接関係のない費用は対象となりません。
(添付書類)

- ・高岡市不育症治療医療機関受診証明書
- ・医療機関及び院外処方薬局から発行された領収書・診療報酬明細書
- ・健康保険証

※1回の治療が終了した日から6か月以内に申請をお願いいたします。