

様式第1号（第4条関係）

砺波市不育症治療費助成金交付申請書（兼請求書）

年 月 日

砺波市に1年以上居住しており、関係書類を添えて下記のとおり不育症治療費助成金を申請（請求）します。なお、本申請にかかる必要事項の確認のため、同一世帯家族の市税等の滞納状況及び住民基本台帳の情報について市が確認することに同意します。

申請者	ふりがな		生年月日（この申請における治療開始日の年齢）		
	氏名		年	月	日
			（ 歳）		
	住所	〒			
		（電話 — — ）			
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 <small>（口座は申請者のものであること。）</small>	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				
申請受理 年月日	年	月	日	交付決定・不交付 年月日	年
					月
					日
					受給者番号

※太枠の中をご記入ください。

- 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。