様式第１号（第４条関係）

砺波市不妊治療費助成金交付申請書（兼請求書）

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、本申請にかかる必要事項の確認のため、夫婦及び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調査すること並びに加入保険等に規定する他の助成や他市町村での助成の有無について関係機関に問い合わせることに同意します。

記

	ふりがな 氏名	生年月日（この申請における治療開始日の年齢）
夫		年　月　日生（　歳）
妻		年　月　日生（　歳）
住所	〒	電話
住所 ※夫と妻の住所が異なる場合	〒	電話

申請者兼請求者（夫及び妻がそれぞれ自署又は記名押印）

夫氏名＿＿＿＿＿＿＿＿印　　妻氏名＿＿＿＿＿＿＿＿印

申請額（男性不妊治療以外分）　金＿＿＿＿＿＿円

申請額（男性不妊治療分）　金＿＿＿＿＿＿円

申請額合計　金＿＿＿＿＿＿円

年　月　日

砺波市長　　あて

振込先	口座振替指定金融機関	銀行 金庫 農協	本支店 支店 出張所	指定口座 １普通　２当座
	フリガナ 口座名義		口座番号（左詰で記入）	

確認欄			
	□	砺波市	砺波市に１年以上居住していますか。　はい□　いいえ□ 砺波市から特定不妊治療費助成を受けたことがありますか。　有□　無□ ※有→初回治療開始年齢（　）歳　回数（　）回 初回が保険適用の治療ですか。　はい□　いいえ□
	□	保険適用	・高額療養費の限度額適用認定証　有□　無□ ・高額療養費の該当の有無　有□　無□ ※有→　該当になる月（　）月
	□	他市町村	（砺波市への転入前に）他の自治体から特定不妊治療費助成を受けたことがありますか。　有□　無□ ※有→市町村名（　）　回数（　）回
	□	出産リセット	特定不妊治療助成を受けた後に、出産等（12週以降の死産を含む。）はありますか。　有□　無□ 該当となる場合リセットを希望しますか。　はい□　いいえ□ ※はい　→　直近の出産等（　年　月　日）

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	

注）太枠の中をご記入ください。