

朝日町不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

朝日町長 殿

申請者 住所 朝日町
氏名 印
電話

下記のとおり朝日町不育症治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

対象者	夫の氏名		生年月日	年	月	日(歳)
	妻の氏名		生年月日	年	月	日(歳)
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			
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)			
振 込 先	口座振替 指定金融機関				銀行 金庫 農協	本店 支店 支所
	指定口座	1 普通 2 当座	口座番号 (右詰で記入)			
	ふりがな					
	口座名義					
<p>朝日町長あて 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及び町税等に関する公簿を閲覧及び調査することに同意します。 (本人自署の場合、印鑑を省略できます。)</p> <p style="text-align: right;">夫氏名 印</p> <p style="text-align: right;">妻氏名 印</p> <p>※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及び納税を確認できる書類を提出ください。</p>						

※太枠内をご記入ください。

(添付書類)

- 1 不育症治療医療機関受診等証明書
- 2 医療機関、院外処方薬局の発行する領収書及び診療報酬明細書(原本)
- 3 富山大学附属病院にて検査・治療を受けた場合、被験者協力金の受け取りが確認できる書類