

(表)

令和 年 月 日

関係書類を添えて、次のとおり不育症治療費の助成を申請します。

		氏 名 (ふ り が な)				生 年 月 日								
夫		()				年 月 日生 (歳)								
妻		()				年 月 日生 (歳)								
住 所		〒 ー 千歳市 電話												
千歳市に対してこの助成金を申請するのは、 今回が初めて ・ (回目)														
申 請 者 氏 名		不育症治療費に係る一切の権限を代表して行う者 (口座名義人と同一の者) (夫及び妻が記名押印) _____ 印				_____ 印								
申請金額 金 _____ 円														
振 込 先		金融機関名			支 店 名			口座番号 (普通・当座・その他)						
														左 記 入
		ふりがな												
		口座名義人												
＊ 決 定 欄	決 裁	課 長		係 長		係		決定年月日	令和 年 月 日					
	1 上記の申込内容を審査の結果、次のとおり支給する。 2 次の理由により、上記申込を却下する。 理由：													
	支給金額 _____ 円													

<申請金額内訳>

	受診年月日	検査・治療 の別 (どちらかに○)	保険診療分 A	保険外診療分 B	高額療養費 (付加給付含む) C	計 A+B-C
1	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
2	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
3	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
4	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
5	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
6	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
7	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
8	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
9	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
10	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
11	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
12	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
13	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
14	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
15	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
16	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
17	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
18	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
19	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
20	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
計			円	円	円	円