

第1号様式（第6条関係）

（表）

千歳市不育症治療費助成事業申請書

令和 年 月 日

千歳市長 様

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	〒 - 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）	
					左詰 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