

不育症治療費助成事業申請書

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。

記

	(ふ り が な) 氏 名	生 年 月 日
夫	()	昭和・平成 年 月 日生 (歳)
妻	()	昭和・平成 年 月 日生 (歳)
住 所	〒 _____ 電話 ()	
住 所 <small>(単身赴任等で 住所が異なる 場合記入)</small>	〒 _____ 電話 ()	
北海道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 (振込先口座名義と同一の者) _____ 印	_____ 印
(夫及び妻が記名押印)		
※内訳については裏面に記入してください。		
申請金額【検査】	金 _____ 円	
申請金額【治療】	金 _____ 円	
申請金額【合計】	金 _____ 円	
平成 年 月 日	北海道	総合振興局長又は振興局長 様
振込先金融機関の名称及び口座番号等		
振込先金融機関の名称	口座番号	口座名義
銀 行 本 店 金 庫 支 店 農 協 出張所	普 通 当 座	ふりがな ()

※ 総合振興局又は振興局記載欄		
起案年月日		収 受 印
決定年月日		
通知年月日		
決 定 金 額		
受給者番号		

<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	平成 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
2	平成 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
3	平成 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
4	平成 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
5	平成 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
6	平成 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
7	平成 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
8	平成 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
9	平成 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
10	平成 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
11	平成 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
12	平成 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
13	平成 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
14	平成 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
15	平成 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
16	平成 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
17	平成 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
18	平成 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
19	平成 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
20	平成 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
計			円	円	円	円