

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
申請者	()	年 月 日生 (歳)
住 所	〒 電話 ()	
北海道に対してこの助成金を申請するのは 今が初めて ・ () 回目		
申請者 氏 名	_____ 印 (申請者が記名押印) 本申請に係る検査又は治療の実施内容に関して医療機関及び調剤薬局等に照会することについて同意 します。	
※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
	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 (申請者の口座を記載)		
振込先金融機関の名称	口座番号	口座名義 (注)
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		
※添付書類 不育症治療費助成事業受診等証明書 不育症検査結果個票 (※染色体検査を実施した者)		

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