

不育症医療費助成事業申請書

不育症医療費の助成について、関係書類を添えて下記により申請します。なお、申請内容審査において、住民票の確認を承諾します。

年 月 日

(あて先)

南魚沼市長

※太枠内を記入してください。

申請者	ふりがな 氏名 (自署又は記名押印)	()		印
	生年月日	昭和・平成	年 月 日生	(歳)
	住所	〒 南魚沼市 電話 ()		
配偶者	ふりがな 氏名	()		
	生年月日	昭和・平成	年 月 日生	(歳)
	住所 ※夫婦の住所が異なる 場合に記入	〒 電話 ()		
通算申請回数		回目 (前回の申請 年 月)		
今回の治療に対し、他の自治体での不育症医療費助成申請の有無				有 ・ 無
申請金額 金 _____ 円 (上限 100,000 円)				
振込先	金融機関名			支店名
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	口座名義人	(フリガナ)		

・振込先には、申請者名義の口座を指定してください。

【添付書類】 不育症医療費受診等証明書・医療機関の発行する領収書及び診療明細書

※処理欄

受付	保健課	整理番号	申請受理年月日
処理者			