

(あて先)

南魚沼市長

南魚沼市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、関係書類を添えて次のとおり申請します。  
 なお、本申請に係る審査に当たり、南魚沼市が夫婦の住民記録を確認し、及び医療機関等に必要な情報について調査することを承諾します。

※太枠内を記入してください。

申請者	ふりがな氏名			
	生年月日	年 月 日 ( 歳 ) ※年齢は、今回の助成申請にかかる治療の開始日の年齢		
	住所	〒 南魚沼市 電話 ( )		
配偶者	ふりがな氏名			
	生年月日	年 月 日 ( 歳 ) ※年齢は、今回の助成申請にかかる治療の開始日の年齢		
	住所 ※夫婦の住所が異なる場合に記入	〒 南魚沼市 電話 ( )		
健康保険の給付有無		有 (給付額 円) ・ 無		
高額療養費の有無		有 (高額療養費 円) ・ 無		
他の地方公共団体等からの助成の有無		有 (助成額 円) ・ 無		
通算申請回数		回目 (前回の申請 年 月)		
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	(フリガナ)		

【添付書類】

- (1) 南魚沼市不育症医療費受診等証明書 (様式第2号)
- (2) 上記証明書に記載された治療期間中において発行された次の領収書等
  - ・ 不育症治療を受けた医療機関が発行した領収書及び診療明細書
  - ・ 不育症治療で処方された薬に係る領収書及び診療明細書
- (3) その他市長が必要と認めるもの

整理番号	受理日	受付者