

阪南市不妊不育治療費助成事業利用申請書

年 月 日

阪南市長 様

申請者 住所 阪南市 _____
 氏名 _____
 電話番号 _____

不妊・不育症の検査・治療が必要と認められたため、次のとおり要した費用について必要書類を添えて申請します。なお、他制度の助成（高額療養費制度等）を受けている費用については含んでおりません。

フリガナ			生年月日	年 月 日 (歳)
受診者名			生年月日	年 月 日 (歳)
フリガナ			生年月日	年 月 日 (歳)
配偶者氏名			生年月日	年 月 日 (歳)
受診者住所	阪南市		受診者連絡先	
配偶者住所			配偶者連絡先	
振込み 指定金融 機関	銀行・信用組合 農協・信用金庫		本店 支店	
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			支給 決定額
	口座名義人			
				※阪南市記入欄 円

【添付書類】 ○阪南市不妊不育治療費助成事業受診等証明書（様式第2号） ○被保険者証（写し）
 ○領収書及び明細書（原本） ○限度額適用認定証または限度額適用・標準負担額限度額認定証（写し）【他制度の助成利用者のみ】

私は、阪南市が、助成申請に係る審査に必要な範囲で、住民基本台帳システム及び医療機関への確認を行うことに同意します。

受診者氏名 _____