

不妊検査費助成交付申請書兼請求書

申請者		氏名 (フリガナ)	生年月日
	夫	()	年 月 日 (歳)
	妻	()	年 月 日 (歳)
住所		〒	(電話)
住所(※1)(夫・妻)		〒	(電話)
助成対象となる不妊検査期間		年 月 日 ~ 年 月 日	
A	不妊検査に係る本人負担(領収)額 ※2 (主治医の属する医療機関分)		円
B	不妊検査に係る本人負担(領収)額 ※2 (主治医の属する医療機関と連携する医療機関分)		医療機関名 []
			円
本人負担額(A+B)		円	
上記のとおり不妊検査を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。 年 月 日 医療機関等 所在地 医療機関名 代表者 電話番号			
<p>注意：この証明書は、輪島市不妊検査助成事業における医療機関が記載してください。 (主治医の方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で男性の不妊検査を実施した場合は、主治医が患者から男性の不妊検査として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。)</p> <p>※1：夫婦の住所が異なる場合のみ記入してください。</p> <p>※2：助成対象となる患者負担(領収)額は、不妊治療費助成の受診等証明書で計上した検査費用を除いてください。</p>			

(宛先)輪島市長

上記のとおり関係書類を添えて、不妊検査費の助成を申請します。
なお、本申請の審査に必要な範囲で、戸籍、住所、市税の確認を行うことに同意します。

年 月 日

申請額 _____ 円 申請者 氏名 _____
(本人負担額の1/2、上限2万円) (口座名義人と同一)

振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店(支所) 出張所
	預金の種類	普通 当座	フリガナ	
			口座名義人	
口座番号				(口座番号は右詰記入)

確認欄 (市で記入)	戸籍	住所	市税