

## 函館市不育症治療費助成事業申請書

函 館 市 長 様

申請年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

「不育症治療費助成事業受診等証明書」等に記載の検査結果等について、個人が特定されない形で国に提出し、国がその情報を施策の検討に活用するため集約・分析等を行う場合があることについて同意の上、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

	(ふ り が な) 氏 名	生 年 月 日
夫	( )	昭和 平成 年 月 日生 ( 歳)
妻	( )	昭和 平成 年 月 日生 ( 歳)
住 所	〒  電話 ( )	
住 所 <small>（単身赴任等で住所が異なる場合記入）</small>	〒  電話 ( )	
函館市に対してこの助成金を申請するのは 今回が初めて ( ) 回目		
申請者 氏 名	不育症治療費に係る一切の権限を代表して行う者 (振込先口座名義と同一の者)	
本申請に係る検査または治療の実施内容に関して、医療機関およ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
振込先金融機関の名称および口座番号等		
振込先金融機関の名称	口座番号	口座名義
銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所	普通 当座	ふりがな ( )

※ 函館市記載欄

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		

(裏面)

## &lt;申請金額内訳&gt;

	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