

受給者番号	
-------	--

不妊症診断検査費助成申請書

年 月 日

岐南町長宛

関係書類を添えて、下記のとおり不妊症診断検査費の助成を申請します。

対象者	夫	(ふりがな) ----- (氏名)	生年月日 年 月 日生 ( 歳)
	妻	(ふりがな) ----- (氏名)	生年月日 年 月 日生 ( 歳)
	住所	〒 電話 ( )	

申請の適正を判断するために必要な場合は、医療機関に対する検査内容等の照会について同意します。

申請者 \_\_\_\_\_ 印

申請者の配偶者 \_\_\_\_\_ 印

申請額 \_\_\_\_\_ 円

(検査に直接要した費用。ただし、3万円を超える場合は3万円とする。)

申請受理年月日: 年 月 日

- (添付書類) 1 不妊症診断検査受診等証明書 (様式第3号)  
 2 不妊症診断検査を受けた医療機関発行の領収書・診療費明細書  
 3 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明する書類