

受給者番号	
-------	--

不妊症診断検査費助成申請書

検査終了日から1年以内
(証明書の検査期間参照)

令和〇〇年〇〇月〇〇日

岐南町町宛

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) ぎなん たろう (氏名) 岐南 太郎	生年月日 昭和〇〇年〇月〇日生(〇〇歳)
	妻	(ふりがな) ぎなん はなこ (氏名) 岐南 花子	生年月日 昭和〇〇年〇月〇日生(〇〇歳)
	住所	〒 501-6197 羽島郡岐南町八剣7-107 電話 058(247)1321	

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。

領収書名と同じ方

申請者 **岐南 花子** (岐南)

申請者の配偶者 **岐南 太郎** (岐南)

申請額 **25,000** 円

証明書の金額と同額。
領収書の検査額と同額。

(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