

泉南市不妊不育治療費助成事業利用申請書

年 月 日

泉南市長 様

申請者 住所 泉南市 _____
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			
フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
配偶者氏名			
受診者住所	泉南市	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		
			※泉南市記入欄 円

【添付書類】 ○泉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、泉南市が、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、税務に関する事項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 _____