

富士見町不妊及び不育症治療助成事業助成金支給申請書

[医療機関等証明欄]

	夫氏名		妻氏名		
	患者負担額 (領収額)		患者負担額 (領収額)		
受診年月	保険診療分	自費診療分	保険診療分	自費診療分	先進医療分
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
合計	円		円		

上記の通り領収したことを証明します

年 月 日

医療機関等の住所及び名称

※入院食事療養費、差額ベット代、文書料等直接治療に関係ない費用は対象外です。

富士見町長様

上記医療機関の証明の通り受診しましたので申請します。

年 月 日

申請者 住所
氏名
電話番号

[注意事項]

- この申請書に領収書など治療に要した費用が確認できる書類を添付してください。
 - ・県の不妊治療（先進医療）費用助成事業又は不育治療支援事業で助成を受けている方は、長野県不妊治療（先進医療）費用助成事業受診等証明書（様式第2号）、長野県不育治療支援事業受診等証明書（様式第2号）、領収書、決定通知書を添付してください。（何れもコピー可）
 - ・高額療養費に該当する方は、高額療養費を先に申請し、決定通知を添付してください。
- この申請書は医療機関等の窓口へ提出し、医師等の証明を受けて富士見町保健センターに申請してください。
- 証明料は有料です。証明料は助成対象になりません。