

久留米市先進医療不育症検査費用助成事業申請書

関係書類を添えて、次のとおり先進医療不育症検査費用の助成を申請します。  
また、必要な場合に、受検した医療機関に情報の照会を行うこと並びに国へ情報提供を行うことに同意します。

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
申請者	( )	昭和 平成 年 月 日 ( 歳)
住所	〒 久留米市	電話 ( )
備考		
申請額	金 _____ 円	
	令和 年 月 日	
		久留米市長 殿

注) 太枠の中をご記入ください

【添付書類】

- 1 久留米市先進医療不育症検査費用助成検査受検証明書（第2号様式）
- 2 実施医療機関発行の当該検査に係る領収書の原本及びコピー
- 3 久留米市先進医療不育症検査費用助成事業助成金請求書
- 4 振込口座等が確認できる書類（預金通帳又は口座等情報の写し）

(注意事項) 以下の二項目に当てはまる場合のみ助成の対象となります。

- 先進医療として告示されている不育症検査を、その実施医療機関として届出を行っている又は承認されている保健医療機関で実施した場合。
- 保険適用されている不育症に関する治療・検査を、保険診療として実施している医療機関で実施した場合。

受付印

受給者番号

--