

年 月 日

申請(請求)者氏名

鳴門市不育治療費助成申請金額明細書

年 月	事業対象となる検査及び治療と本人負担額			
	本人負担額 (医療機関分) A※1	本人負担額 (調剤薬局分) B※1	高額療養費、付加 給付、徳島県不育 症検査費用助成事 業給付額等C※2	A + B - C
年 4月分	円	円	円	円
年 5月分	円	円	円	円
年 6月分	円	円	円	円
年 7月分	円	円	円	円
年 8月分	円	円	円	円
年 9月分	円	円	円	円
年10月分	円	円	円	円
年11月分	円	円	円	円
年12月分	円	円	円	円
年 1月分	円	円	円	円
年 2月分	円	円	円	円
年 3月分	円	円	円	円
合 計	円	円	円	D 円

申請額

Dと助成限度額(30万円)のうち少ない額	E 円
----------------------	--------

※1 不育症の検査及び治療に要した費用の領収書及び診療明細書を添付してください。

※2 保険者が発行した高額療養費又は付加給付の明細書、徳島県不育症検査費用助成事業の助成決定通知書の写しを添付してください。