

様式第3号(第5条関係)

当該不育治療に係る領収書及び明細書

年 月 日

竹田市長 様

申請者

住所

氏名

電話



竹田市不育治療費助成金について、領収書を添えて当該治療費の明細を報告します。
なお、助成金の交付決定に関し、当該治療内容等を医療機関に問い合わせることについて異議はありません。

記

1 治療対象者

住 所	竹田市大字
氏 名	

2 支払金額

受診 等 月	医療保険診療一部負担金額		医療保険適用外 医療費本人支払額	区分
	入 院	入 院 外		
月	円	円	円	検査・治療
月	円	円	円	検査・治療
月	円	円	円	検査・治療
月	円	円	円	検査・治療
月	円	円	円	検査・治療
月	円	円	円	検査・治療
月	円	円	円	検査・治療
月	円	円	円	検査・治療
月	円	円	円	検査・治療
計	円	円	円	検査・治療
合計			円	

※医療機関、薬局ごとに作成し、領収書を添付してください。