

広野町不育症治療費助成事業補助金交付申請額明細書

診療・調剤年月	本人負担額 医療機関分①	本人負担額 調剤薬局分②	高額療養費又は 附加給付③	不育症治療費支払額 (①+②-③)
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
申請合計額(様式第1号交付申請額欄の①へ転記)				円

- ※1 不育症治療(検査を含む。)に関する費用についてのみご記入ください。
- ※2 入院時の食事療養費標準負担額、文書料、個室料等の治療に直接関係のない費用を含めないでください。
- ※3 他市町村(特別区を含む。)で助成されていた期間に係る費用を含めないでください。