

(様式第5号) (第6条関係)

飯山市こうのとりの支援事業補助金支給申請書

受診(領収)証明			
医療 機 関 証 明 欄	患者名		年 月 日
	診療年月		
	生殖医療に要した 適用外医療費		円
	医療機関等の住所 及び名称		
			印

申 請 者 記 入 欄	上記医療機関等の証明のとおり受診しましたので申請します。		
	年 月 日		
		申請者	
		住所 飯山市	
		氏名	印
	飯山市長 殿		

(留意事項)

- 1 この申請書は診療月ごと、入院・入院外ごと、医療機関・薬局ごと1枚ずつ必要です。
- 2 領収書で申請される方は総点数と保険診療の一部負担金額が必ずわかるようにしてください。