

不育症検査治療費助成事業同意書

岩 国 市 長 様

令和 年 月 日

住 所 岩国市

氏 名 _____ 印

(夫又は妻の自署又は記名押印)

連絡先 _____

令和 年 月 日の申請における医療機関証明書又は調剤証明書の領収金額と領収書金額が一致していないことについて、以下のとおり同意します。

領収書金額が少ない場合

不育症検査治療費の領収書のうち、下記に相当する領収書を紛失しています。

領収書金額が多い場合

提示した領収書のうち、下記の金額については、不育症検査治療費助成対象に該当する検査治療ではありません。

記

受 診 日 令和 年 月 日

金 額 円

医療機関名