

令和 年 月 日

申 立 書

北海道日高総合振興局長 様

住所

氏名

印

この度の不育症治療に係る助成金の申請に際し、次の理由により治療が終了した日の属する年度の翌年度の5月末までの申請ができなかったことを申し立てます。

記

1 理由

2 申請期間の始点となる日（いずれかひとつ）

(1) ア 出産等に至った日（手術療法、着床前診断については治療が終了した日）

令和 年 月 日

イ 医師の判断により治療を終了した日

令和 年 月 日

ウ 医師が治療を実施しない又は他の診療科で治療すると判断した日

令和 年 月 日

(2) 治療又は検査を受けた医療機関の名称

3 その他（添付書類等がある場合は記載のこと）