

様式第1号

大石田町特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

大石田町長

殿

申請者 氏名 _____ 印

大石田町特定不妊治療費助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。
 なお、助成額決定にあたり、夫婦の住民記録（外国人にあたっては外国人登録）の調査、及び本申請内容について他の公共団体に照会することや特定不妊治療受診等証明書の内容を医療機関に照会することについて同意します。

フリガナ						
氏名	夫	妻				
生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)				
住所 ※1	〒 電話番号	〒 電話番号				
医療機関名	治療費支払額	円 (うち男性不妊治療分 円)				
山形県特定 不妊治療費助成	決定通知日	年 月 日				
	助成額	円 (うち男性不妊治療分 円)				
助成申請額	円					
過去の助成状況 (山形県及び他県等) ○をつけてください 無・有 (回)	県名	時期	県名	時期	県名	時期
	県	年 月	県	年 月	県	年 月
	県	年 月	県	年 月	県	年 月
	県	年 月	県	年 月	県	年 月
振込先	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協 支店				
	預金種別	普通・当座	フリガナ			
			口座名義人			
口座番号						

注) 1 ※1は、夫婦の住所が異なる場合のみ、それぞれに記入してください。

2 助成金振込先の金融機関は、申請者名義の口座をご記入ください。

【添付書類】

- ① 山形県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
- ② 山形県特定不妊治療費助成金給付決定通知書の写し
- ③ 特定不妊治療に係る医療機関発行の領収書（15万円以上のもの）の写し
- ④ 通帳の写し

受給者番号