

市川三郷町長 様

申請者 住所 市川三郷町  
氏名  
電話

印

市川三郷町不妊治療費助成事業助成金申請書

不妊治療費助成金を交付されるよう、関係書類を添えて次のとおり申請します。

(ふりがな) 夫の氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日	( 歳)
(ふりがな) 妻の氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日	( 歳)
住 所	市川三郷町	住 所	(単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入)				
過去の不妊治療費受給状況	・受給回数 回 ・県内の場合 山梨県 ・ 市川三郷町 ・ 他の市町村( ) ・県外の場合 _____ 都道府県 ・ 市町村名( )		受給時期		年	月	
治療を受けた人の保険種類		勤務先	TEL				
A 不妊治療に要した医療費 円 B 医療保険又は他の制度による療養費の給付(山梨県不妊治療費助成金等) 円 C 申請額 [(A - B) × 1/2] 但し、上限額20万円 _____ 円							
振込先	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協					本店 支店
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人				
	口座番号						(左詰記入)
処 理 欄	承認・不承認	平成 年 月 日					
	受給者番号						

注)太枠の中をご記入ください。

(添付書類)

- 市川三郷町不妊治療費助成事業受診等証明書(様式第2号)  
(不妊治療を受けた医療機関発行の領収書添付)
- 同意書(様式第3号)