

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 本店 信用金庫 支店 信用組合 農協				
	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	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)