

市川三郷町長 様

申請者 住所 市川三郷町
氏名 印
電話

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 ・受給時期 年 月 ・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()							
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40万円 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		令和 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)
- 1 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)
 - 2 同意書(様式第3号)