

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 $[(A - B) \times 1/2]$ ※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		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)