

## 大蔵村特定不妊治療費助成事業申請書

平成 年 月 日

大蔵村長 殿

申請者氏名 \_\_\_\_\_ ④ \_\_\_\_\_ 配偶者氏名 \_\_\_\_\_ ④ \_\_\_\_\_

(夫及び妻が連名で自署もしくは記名押印してください。)

大蔵村特定不妊治療費助成事業実施要綱5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、助成決定にあたり、夫婦の住民記録（外国人にあっては外国人登録）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。

	夫		妻		
フリガナ					
氏名					
生年月日	年 月 日生 ( 歳)		年 月 日生 ( 歳)		
住所※	〒 電話 ( )		〒 電話 ( )		
治療費支払額			円		
山形県特定不妊治療費助成	決定通知日	平成 年 月 日			
	助成額	円			
助成申請額	円				
過去の都道府県からの助成状況	有 ( 回) 無	自治体名	時期	自治体名	時期
			年 月		年 月
			年 月		年 月
振込先	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協 支店			
	口座種別	普通当座	フリガナ		
			口座名義人		
口座番号					

注) 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 特定不妊治療にかかる医療機関発行の領収書の写し
- ④ 通帳の写し