

天童市特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

天 童 市 長

申請者 住 所
フリガナ
氏 名
電話番号

印

天童市特定不妊治療費助成事業実施要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、助成の決定のために、夫婦の住民記録（外国人にあつては外国人登録）の調査、この申請の内容について他の公共団体に照会すること及び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（自署又は記名押印してください）		妻（自署又は記名押印してください）				
(フリガナ) 氏 名	()		()				
生年月日	年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)				
住 所	〒		〒				
※1	電話		電話				
治 療 費 支 払 額	円						
山形県特定不妊治療費助成額	円						
申 請 金 額	円						
振 込 先 口 座	金 融 機 関 名				本・支店名	本店・	支店
	金融機関コード				店番号		
	フリガナ						
	口座名義						
	口座種別	普通・当座・その他()					
	口座番号						
受理年月日	年 月 日		(承認・不承認) 決定年月日		年 月 日		
申請回数	回目		受給者番号				

注) 1 太枠を御記入ください。

2 ※1は、御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。

3 助成金振先の金融機関は、申請者名義を御記入ください。

【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 医療機関が発行した領収書（7万5千円以上のもの）の写し