

(様式第1号)

戸沢村特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

戸沢村長

殿

申請者氏名 _____ ⑩ 配偶者氏名 _____ ⑩

(夫及び妻が連名で自署もしくは記名押印してください)

戸沢村特定不妊治療費助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、申請します。

なお、本申請の審査に必要な範囲で、村が申請内容の確認を行うことに同意します。

	夫		妻		
(ふりがな) 氏名	()		()		
生年月日	昭和 平成 年 月 日 (歳)		昭和 平成 年 月 日 (歳)		
住所 ※1	〒 電話 ()		〒 電話 ()		
治療費支払額			円 (うち男性不妊治療費分※4 円)		
山形県助成額			円 (うち男性不妊治療費分※4 円)		
戸沢村助成申請額			円 (うち男性不妊治療費分※4 円)		
県等からの助成状況 ※2	有・無	自治体名		時期	
				年 月	
				年 月	
振込先 ※3	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協			本店・支店・出張所
	預金種別	普通・当座	口座名義人 (申請者と同一)		
	口座番号				(左詰で記入してください)
受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日	受給者番号	

(注1) 太枠のなかを記入してください。

- ※1 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 過去の助成状況を全て記入してください。
- ※3 ゆうちょ銀行(旧郵便局)の場合は、他の金融機関から振込する場合に使用する「振込用の店名・口座番号」をご記入してください。
- ※4 指定医療機関の医師が行う特定不妊治療に至る過程の一環として、医師の指導に基づき、他の医療機関(指定を受けていない医療機関である場合も含む)において精巣内精子生検採取法(TESE)等を行った場合、その治療に係る経費のうち数として記載して下さい。

【添付書類】

- ・「山形県特定不妊治療費助成事業受診等証明書」の写し
- ・「山形県特定不妊治療費助成金給付決定通知書」の写し
- ・「特定不妊治療費に係る医療機関発行の領収書」の写し