

様式第1号(第6条関係)

年 月 日

不妊治療費助成事業助成金交付申請書

身延町長 様

申請者

住 所

氏 名

電 話

()

印

下記のとおり不妊治療費助成事業助成金を受けたいので申請します。

(1)

助成対象者	夫	妻
助成対象者の氏名	ふりがな	ふりがな
住 所		
生 年 月 日	年 月 日生(歳)	年 月 日生(歳)
身延町民となった日	年 月 日	年 月 日
診断を受けた夫婦の婚姻年月日		年 月 日
過去の不妊治療費助成金等の受給状況	有 ・ 無 1.身延町での本制度による受給 回 (年、 年、 年、 年) 2.山梨県内での受給 山梨県 ・ _____ (市町村) 3.山梨県外での受給 _____ (都道府県) ・ _____ (市町村)	

(2)

医 療 機 関 記 入 欄		
不妊治療を受けた者の氏名		
不 妊 治 療 期 間	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
不 妊 治 療 の 内 容		
不妊治療に要した医療費の自己負担額 ①	年 月 日～	年 月 日分 円
年 月 日 上記のとおり不妊治療をされたことを証明します。 医療機関名 所在地 名 称 医師名		

(注) 当該不妊治療費に係る領収書及び加入保険証を添付すること。

(裏面へも記入願います)

(3)

本年度医療保険各法や他の制度により当該治療に要した自己負担額に係る給付状況 ②	有 ・ 無	
	医療保険各法による給付額	円
	他の制度による給付額	円
	合 計 額	円

(4)

不妊治療費助成事業助成金申請額	
不妊治療に要した医療費の自己負担額 【(2) - ①の額】	円
本年度医療保険各法や他の制度により当該治療に要した自己負担額に係る給付 【(3) - ②の額】	円
不妊治療費助成事業助成金申請額 【(2) - ①の額】 - 【(3) - ②の額】	円

(5)

助成金の 振込先	口座振替指定金融機関		_____銀行・金庫・農協・郵便局 _____本店・支店・出張所						
	指定口座	1 普通 2 当座	口座番号(左詰で記入)						
	フリガナ								
	口座名義								

(6)

同 意 書	
不妊治療費助成事業の適正を判断するため必要な場合は、身延町役場関係課及び身延町以外の自治体に対する本申請に係る情報の照会、提供及び医療機関に対する治療内容等の照会について同意します。	
年 月 日	
申請者氏名：	印
	印
(夫及び妻が自署押印して下さい。)	

(7)

町外居住についての申立書(夫婦のいずれか一方が身延町外に居住の場合記入)	
現在身延町外に居住している理由	
今後の身延町内への居住見込み	
以上申し立てのとおり、相違ありません。	
年 月 日	
申立者 住所：	
氏名：	印
(申立者が自署押印して下さい。)	

※ (1)及び(3)～(7)は申請者が記入してください。(2)は医療機関で記入してもらってください。