

特定不妊治療費補助金交付申請書

酒田市長 宛

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

電話番号 _____

酒田市特定不妊治療費補助金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。
 なお、補助額決定にあたり、夫婦の住民記録について調査すること、本申請の内容について他の地方公共団体に照会すること、特定不妊治療受診等証明書の内容について医療機関に照会すること、男性不妊治療費補助の交付に当たっては、夫婦に対する交付決定に関する書類の写しを山形県に提供することに同意します。

本年度申請回数（ 回目）

		夫		妻	
フリガナ 氏名					
生年月日		S・H 年 月 日（歳）		S・H 年 月 日（歳）	
住所（※1）		〒 電話		〒 電話	
治療費支払額 （※うち男性不妊治療分）			円 （※ 円）		
山形県特定不妊治療費助成額 （※うち男性不妊治療分）			円 （※ 円）		
申請金額 （※うち男性不妊治療分）			円 （※ 円）		
振込 先 口座	金融 機関名	銀行・金庫 組合		店	
	口座 種別	1. 普通 2. 当座	口座番号		口座名義人 (フリガナ)
※ 以下、市記載欄					
受理年月日		決定・不交付年月日		決定金額	受給者番号
年 月 日		年 月 日		円	

注) 1 住所（※1）は単身赴任等で住所が異なる場合記入してください。

2 振込先の金融機関は、申請者名義の口座を記入してください。

(添付書類)

- 1 山形県特定不妊治療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決定通知書の写し
- 3 特定不妊治療に係る医療機関発行の領収書（県上限額を超えるもの）の写し