

年 月 日

東根市こうのとり支援事業（特定不妊治療費助成事業）申請書

東根市長 あて

申請者	氏名	Ⓜ
	住所	
	電話番号	

東根市こうのとり支援事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。
 なお、助成額決定にあたり、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		年 月 日		
住所 ※1		〒 電話		〒 電話		
治療費支払額				円 (うち男性不妊治療分 円)		
山形県特定不妊治療費助成額				円 (うち男性不妊治療分 円)		
申請金額				円		
振込先口座	金融機関名	銀行 農業協同組合 信用組合・信用金庫 労働金庫			本店・支店 本所・支所 出張所	
	口座種別	口座番号	口座名義人	フリガナ		
受理年月日	年 月 日	承認・不承認 決定年月日	承認・不承認 年 月 日	受給者番号		

- 注) 1 太枠内をご記入ください。
 2 ※1は、ご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 助成金振込先の金融機関は、申請者名義をご記入ください。

【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 医療機関発行の領収書の写し