

鳴沢村不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

鳴沢村長 宛

関係書類を添えて不妊治療の助成を申請します。

対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名(夫)			(歳)
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名(妻)			(歳)
住所	〒	—	電話 ()	
	※ 単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合には、記入してください。			
	〒	—	電話 ()	
治療を受けた人の保険の種類		助成金申請額	金 _____ 円 (男性不妊治療分除く) 金 _____ 円 (男性不妊治療分) 金 _____ 円 (申請額合計金額)	
○本申請に係る山梨県への不妊治療費助成申請の有無 有 ・ 無 その他(該当がある場合) ()				
上記の記載について相違ありません。また、助成の適性を図るために必要な場合は、他の自治体等に情報の照会、提供をすること及び医療機関に受診等証明書の内容を照会することに同意します。				
申請者	同意者			
氏名 _____ ㊟	氏名 _____ ㊟			
(夫及び妻が記名押印)				
振込先	金融機関名		支店名	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人	※申請者の名義の口座を記入してください。		

※ 添付書類

- 鳴沢村不妊治療受診等証明書(様式第2号)
- 不妊治療を受診した医療機関発行の領収書
- 特定不妊治療等で山梨県の助成金を受ける場合は、当該助成金の額を確認することができる書類
- 夫及び妻又は世帯の完納証明書(村税)
- 保険証の写し

村処理欄

申請受理年月日	年 月 日	助成決定年月日	年 月 日
受付番号			承認・不承認