

様式第1号

金山町特定不妊治療費助成事業申請書

平成 年 月 日

金山町長

殿

申請者氏名 _____ 印 配偶者氏名 _____ 印

(夫及び妻が連名で自署もしくは記名押印してください)

金山町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、町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	〒 電話 ()		〒 電話 ()		
治療費支払額			円		
山形県助成額			円		
金山町助成申請額			円		
過去の山形県等 からの助成状況 ※	有 ・ 無	自治体名	申請時期	自治体名	申請時期
			年 月		年 月
			年 月		年 月
			年 月		年 月
			年 月		年 月
振 込 先	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	(フリガナ) 口座名義人	(申請者と同一)	
	口座番号				

※ 過去の助成状況を全て記入してください。

【添付書類】

- ・ 「山形県特定不妊治療費助成事業申請書」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