

上野原市長 宛

上野原市特定不妊治療費助成金交付申請書

上野原市特定不妊治療費助成金の交付を受けたいので、上野原市特定不妊治療費助成事業実施要綱第6条第1項の規定により関係書類を添えて、次のとおり申請します。

申請者	夫	フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日 (歳)
	妻	フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日 (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			助成金額 申請額	円
○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。 夫の氏名 _____ 妻の氏名 _____ ⑩ _____ ⑩ _____ (夫及び妻が記名押印)				
振込先	金融機関名	銀行・農協 組合・信組 (_____)	支店名	本店・支店 本所・支所 (_____)
	預金種別	普通(総合)・当座・その他(_____)	口座番号	
	フリガナ 口座名義人	※申請者のうちのどちらかの名義の 口座を記入してください。		

※添付書類

- (1) 山梨県不妊に悩む方への特定治療支援事業承認通知書の写し
- (2) 山梨県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書の写し及び治療費の領収書の写し
- (3) 夫及び妻の前年分の納税証明書(市税)

市処理欄

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