様式第１号（第４条関係）

不育症治療費助成申請書

年　　月　　日

上野原市長　宛

　上野原市不育症治療費助成事業実施要綱第４条第１項の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者（妻） | フリガナ | 　 | 生年月日 | 　年　　月　　日（　　　歳） |
| 氏名 | 　 |
| 配偶者（夫） | フリガナ | 　 | 生年月日 | 　年　　月　　日（　　　歳） |
| 氏名 | 　 |
| 住　所 | 〒　　　―　　　　上野原市　　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　　　　（　　　　） | 居住する方 |
| 夫・妻 |
| 治療を受けた人の保険の種類 |  | 助成金申請額 | 　　　　　　　　　　円 |
| 過去の不育症治療費助成の有無について記入してください。　□無□有　　　　　回　１回目　　　　年度　自治体名（　　　　　　　）２回目　　　　年度　自治体名（　　　　　　　） |
| 上記の記載について相違ありません。また、上野原市が本申請の審査に関して関係機関への照会や情報提供を行うことに同意します。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

　（１）　山梨県不育症治療費助成事業承認決定通知書の写し

　（２）　山梨県不育症治療費助成事業申請金額明細書の写し

　（３）　山梨県不育症治療費助成事業受診等証明書の写し

　市処理欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請受理年月日 | 年 　月 　日 | 決定年月日 | 年 　月 　日 | 決定・却下 |
| 受付番号 |  | 台帳番号 |  | 年度内回目 |