

様式第1号(第5条関係)

富士川町不妊治療費等支援事業補助金申請書

関係書類を添えて次のとおり申請します。

対象者	夫	ふりがな 年　月　日生(　歳)			
	妻	ふりがな 年　月　日生(　歳)			
	住所	〒 山梨県南巨摩郡富士川町 電話			
	住所 (※1)	〒 電話			
過去の不妊治療費受給の状況(※2)					
• 受給回数　　回　　• 受給時期　　年　月 • 県内の場合：山梨県・富士川町・その他の市町村(　　) • 県外の場合：都道府県、市町村名(　　)					
申請者	氏名(夫) (自署)		印	氏名(妻) (自署)	
治療を受けた人 の保険の種類			勤務先	TEL	
加入保険等から規定により当該治療費自己負担分の給付がある場合				円	
申請額　　円 年　月　日 富士川町長　　様					
振込先	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協			
	預金種別	普通 当座	ふりがな 口座名義人		
	口座番号				(左詰記入)
申請受理年月日 年　月　日			承認・不承認 決定年月日　年　月　日		
受給者番号					

(添付書類)

※1：夫婦の住所が異なる場合に記入する。

住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。

※2：該当がある場合に記入する。

注1 申請は、1年度当たり1回とし、年度ごとに行ってください。

注2 申請は、治療終了日から1年以内に行ってください(1年を経過した申請はできませんのでご承知おきください。)。

1 不妊治療費等支援事業受診等証明書(様式第2号)

(不妊治療を受けた医療機関発行の領収書添付)

2 同意書(様式第3号)