

(様式第1号)

年 月 日

鶴岡市特定不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

鶴岡市長 様

〒

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

鶴岡市特定不妊治療費助成事業実施要綱第6項の規定により、関係書類を添えて申請します。なお、助成額決定にあたり、夫婦の住民記録及び市税の納付状況について調査すること、本申請の内容について他の地方公共団体に照会すること、特定不妊治療受診等証明書の内容について医療機関に照会することについて同意します。

		夫		妻	
フリガナ 氏名					
生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)	
住所(※1)		〒 電話		〒 電話	
治療費支払額 (※うち男性不妊治療分)			円 (※ 円)		
山形県特定不妊治療費助成額 (※うち男性不妊治療分)			円 (※ 円)		
県助成金の状況			回目		
申請金額 (※うち男性不妊治療分)			円 (※ 円)		
振込先 口座	金融機関名	銀行・金庫 組合		店	
	口座種別	1. 普通 2. 当座	口座番号	口座名義人 (フリガナ)	
※ 以下、市記載欄					
受理年月日		決定年月日 (交付・不交付)		治療区分	決定金額
年 月 日		年 月 日			円
受給者番号					

注) 1 住所(※1)は単身赴任等で住所が異なる場合記入してください。

2 振込先の金融機関は、申請者名義の口座を記入してください。

(添付書類)

- 1 山形県特定不妊治療費助成金給付決定通知書の写し
- 2 山形県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
- 3 特定不妊治療に係る医療機関発行の領収書(原本)