

受給者番号

長井市不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

長井市長 宛

長井市不妊治療費助成事業実施規程第7条の規定により、関係書類を添えて申請します。なお、助成決定にあたり、夫婦の住民記録（外国人にあたっては外国人登録）の調査、及び本申請内容について他の公共団体に照会することや課税状況の閲覧、特定不妊治療受診等証明書の内容を医療機関に照会することについて同意します。

◆太枠内を記入してください。

Application form table with fields for applicant name, birth date, address, medical institution, and bank details.

- 注) ※1 夫婦の住所が異なる場合のみ、それぞれに記入してください。
※2 長井市にのみ申請される方（県の助成は対象外）は、記入の必要はありません。
※3 補助金振込先の金融機関は、申請者名義の口座をご記入ください。

※裏面もご覧ください。

(市記入欄)

Summary table with columns: A 治療費支払額, B 高額療養費控除額, C 山形県からの助成額, D 長井市補助申請額

