

長井市特定不妊治療費助成事業申請書

令和 年 月 日

長井市長 宛

申請者 氏名

長井市特定不妊治療費助成事業実施規程第5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。

(注) 太枠の中を記入してください。

フリガナ						
氏名	夫	妻				
生年月日	昭和 平成 年 月 日 (歳)	昭和 平成 年 月 日 (歳)				
住所 ※1	〒 電話番号	〒 電話番号				
治療費支払額	特定不妊治療分 男性不妊治療分 合計	金 _____ 円 金 _____ 円 金 _____ 円				
助成申請額	特定不妊治療分 男性不妊治療分 合計	金 _____ 円 金 _____ 円 金 _____ 円				
山形県 特定不妊治療費助成	決定通知日	令和 年 月 日				
	助成額	円				
過去の助成状況 (山形県及び 他の都道府県等) ○をつけてください	特定不妊治療 有 (回) ・ 無	都道府県名 時 期	都道府県名 時 期			
無 ・ 有 (回)	男性不妊治療 有 (回) ・ 無	県	年 月	県	年 月	
		県	年 月	県	年 月	
		県	年 月	県	年 月	
			県	年 月	県	年 月
			県	年 月	県	年 月
			県	年 月	県	年 月
振込先 ※2	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協		支店		
	預金種別	普通・当座	フリガナ			
	口座番号	口座名義人				

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 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。

