

様式第1号 (第6条関係)

年 月 日

丹波山村不妊治療費助成事業助成金交付申請書

丹波山村長 様

申請書 住 所

氏 名

㊞

電話番号

丹波山村不妊治療費助成事業助成金の交付について、関係書類を添えて申請します。
なお、助成の適正を判断するために必要な場合は、丹波山村及び丹波山村以外の自治体
に対する本申請に係る情報の照会・提供及び医療機関に対する治療内容の照会について
同意します。

ふりがな 夫の氏名		夫の 生年月日 (年齢)	年 月 日
			(歳)
ふりがな 妻の氏名		妻の 生年月日 (年齢)	年 月 日
			(歳)
治療に要した費用 (本人負担分)	円		
山梨県による助成の有無	有 無	助成金額	円
医療保険者による助成の有無	有 無	助成金額	円
これまでに助成を受けた履歴	初・2・3・4・5 年度目		

(添付書類)

- 1 不妊治療受診証明書
- 2 不妊治療を受診した医療機関発行の領収書
- 3 山梨県助成金を受けている場合は、当該助成金の額を確認することができる書類