

## 川西町特定不妊治療費助成事業申請書

川西町長 殿

申請者 住 所 川西町大字  
氏 名 印  
電話番号

令和2年度川西町特定不妊治療費助成事業実施要綱第4条の規定により、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（外国人にあたっては外国人登録）の調査、及び申請内容について、他の地方公共団体に照会することや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。

		夫		妻	
ふりがな 氏 名					
生年月日					
住 所 ※1					
治 療 費 支 払 額				円	
山形県特定不妊治療費助成額				円	
申 請 金 額				円	
助 成 金 振 込 先					
金 融 機 関 名	銀行 金庫 組合 農協	本店 支店 出張所	1 普通 2 当座	口 座 番 号	
口座名義人（カナで記入）					
*町記入欄					
受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日		受給者番号	

注) 1 太枠内をご記入ください。

2 ※1は申請者の住所と異なる場合に記入してください。

3 助成金振込先の金融機関は、申請者名義の銀行口座をご記入ください。

## (添付書類)

- 1 山形県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
- 2 山形県特定不妊治療費助成金給付決定通知書の写し
- 3 医療機関発行領収書（県に提出したもの）の写し