

(様式第1号)(第4条関係)

山ノ内町不妊及び不育症治療補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

山ノ内町長 様

申請者

住 所 山ノ内町大字

氏 名 ㊞

電 話

年度において不妊及び不育症治療補助金の交付を受けたいので、山ノ内町不妊及び不育症治療補助金交付要綱に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

交付申請額		円										
加入 医療 保険	夫	氏 名	(どちらかに○) 本人・被扶養									
		保険者名 (発行機関)	保 険 者 番 号									
	妻	氏 名	(どちらかに○) 本人・被扶養									
		保険者名 (発行機関)	保 険 者 番 号									
婚姻年月日		年 月 日										

振込先 金融機関名 支店名	口座種別	普通・当座	(フリガナ)	
	口座番号		口座名義人	

本申請に係る戸籍・住民情報及び税情報について確認すること並びに申請書類について他の地方公共団体、医療機関等へ確認することについて同意します。

夫 _____ ㊞ 妻 _____ ㊞

関係書類

- 山ノ内町不妊及び不育症治療補助事業医師証明書(様式第2号)
- 山ノ内町不妊及び不育症治療補助事業医療費等証明書(様式第3号)
- 医療機関等の発行する領収書の写し
- 長野県不妊治療・不育症治療助成決定通知書(県の助成を受けた方のみ)