

様式第1号（第5条関係）

山元町特定不妊治療費助成事業申請書

夫の氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日(歳)	
妻の氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日(歳)	
夫の住所	〒 電話 ()			
妻の住所 <small>(夫と異なるときのみ記入)</small>	〒 電話 ()			
本申請前に受けた宮城県特定不妊治療費の助成に係る申請日及びその助成額並びに当該治療に係る他市町村からの助成の有無及びその助成額	回数	宮城県への申請	宮城県からの助成額	他市町村助成の有無及び助成額
	1回目	年 月 日	円	無・有 円
	2回目	年 月 日	円	無・有 円
	3回目	年 月 日	円	無・有 円
	4回目	年 月 日	円	無・有 円
	5回目	年 月 日	円	無・有 円
6回目	年 月 日	円	無・有 円	円
本申請の治療期間	年 月 日～ 年 月 日		本申請の通算回数	通算 回目
本申請の治療に要した費用の額	円		本申請に係る宮城県又は他市町村からの助成額	円
申請金額	金 円			
振込口座	口座名義	フリガナ		
	金融機関名	銀行 信組 金庫 農協	本店 支店 本所 支所	出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
<p>特定不妊治療費の助成について、関係書類を添えて申請します。 なお、申請にあたり、私が配偶者と夫婦であること及び山元町に住所が有ることを必要な書類の添付に代えて山元町が公簿等により確認すること並びに過去の助成状況について山元町が宮城県及び他市町村へ照会することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日 申請者 住 所 氏 名 _____ (印)</p> <p>山元町長 殿</p>				

注1) 太枠の中を記入してください。

- 添付書類
- 1 宮城県不妊に悩む方への特定治療支援事業承認決定通知書の写し
 - 2 宮城県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書の写し又は本治療に係る領収書の写し
 - 3 住民票（3か月以内に発行されたものでマイナンバーの記載のないもの）
 - 4 戸籍謄本（前号の住民票により夫婦であることが確認できる場合は不要）

※担当課使用欄（下欄は記入しないでください）

決定年月日	年 月 日	決定内容	助成決定・申請却下	本申請の通算回数	年度 回目
決定番号		助成期間の開始日		年 月 日	