様式第１号（第５条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

上山市不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

上山市長　　様

上山市不育症治療費助成事業実施要綱第５条の規定により、関係書類を添えて申請します。なお、本申請の適正を判断するために必要と認められる事項に関し、調査することについて同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 昭和・平成年　　月　　日（　　歳） |
| 申請者氏名 | ㊞ |
| 住　所連絡先 | 〒電話　　　　　　－　　　　　　－　　　　　　※日中連絡が取れる番号を記載 |
| 治療期間（申請用証明書に記載されている期間） | 　　年　　 月　 　日 ～ 　　　　年　 　月　　 日 |
| 治療内容 |  |
| 治療費支払額① | 保険診療による治療　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 保険診療と併用した先進医療　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 山形県不育症検査費用助成額② | 　　　　　　　　　　　　　　　　円　　該当した場合記入 |
| 申請金額①－② | 　　　　　　　　　　　　　　　　円　　助成上限額６万円 |
| 振込先 | 金融機関名 | 　　　　　　　銀行・金庫・組合　　　　　　　支店・支所 |
| 金融機関コード |  |  |  |  | 店番号 |  |  |  |
| 口座種別 | １　普通２　当座 | フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |

注）振込先の金融機関は、申請者名義の口座を記入してください。

※以下、市記載欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受理年月日 | 決定年月日 | 決定金額 | 受給者番号 |
| 年　　 月 　　日 | 年　　 月 　　日 | 円 |  |

（添付書類）　１　上山市不育症治療費助成事業受診等証明書

　２　山形県不育症検査費用助成金給付決定通知書の写し（該当の方）

　　　　　　　３　振込先通帳の写し（申請者と同一の名義であること）