様式第1号(第6条関係)

【申請日】令和　　年　　月　　日

富士河口湖町ようこそ赤ちゃん事業助成金交付申請書

富士河口湖町長　様

富士河口湖町ようこそ赤ちゃん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。

申請の種類			以下のいずれかにチェックしてください。 □不妊治療　□男性不妊治療　□不育症治療		
申請者	夫	ふりがな 氏 名		生年月日	年　月　日(　歳)
	妻	ふりがな 氏 名		生年月日	年　月　日(　歳)
	住所	〒　－ 電話番号　－　－			
		※夫婦の住所が異なる場合は記入してください。 〒　－ 電話番号　－　－			居住者 夫・妻
治療に要した費用(本人負担分)		円			
費用の内訳	年　月	円	年　月	円	年　月　円
	年　月	円	年　月	円	年　月　円
	年　月	円	年　月	円	年　月　円
	年　月	円	年　月	円	年　月　円
山梨県による助成の有無		有　(助成金額　円)　・　無			
加入医療保険による助成の有無		有　(助成金額　円)　・　無			
これまでに助成を受けた履歴		初　・　2　・　3　・　4　・　5　年度目			

上記の記載について相違ありません。また、助成の適正を判断するため必要な場合は、富士河口湖町及び富士河口湖町以外の自治体への本申請に係る情報の照会・提供及び医療機関への治療内容の照会について同意します。

【申請者】(夫)氏 名　　㊞　　(妻)氏 名　　㊞

※夫及び妻が自署、または記名押印してください。

【添付書類】

①不妊治療受診等証明書(様式第2号の1、様式第2号の2、様式第2号の3のいずれか)

②不妊治療を受診した医療機関等の領収書(原本)

③院外処方がある場合は、薬局の領収書および明細書

③山梨県助成金を受ける場合は、当該助成金の額を確認することができる書類

担当課受付印

※担当課記入欄

実施医療機関名	
承認決定年月日	年　月　日