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。

		ずれかにチェックしてください。 台療 □男性不妊治療					□不育症治療						
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	〒 −						電話	番号		_		_	
所	※夫婦の住〒 -	所が異なる場	合は記	入してくださ	い。								
				電	香香	<u></u>	-	_		_		夫・	妻
治療に要した費用(本人負担分)													
	年 月		円	年	月			円		年	月		円
	年 月		円	年	月			円		年	月日		円
				•									円円
山梨県)有無	有	•				. ~				無	
入医療	保険による助	成の有無	有	(助成金額	į					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) <u>氏 名 </u>					印								
	夫妻 住所 要 山及れのの 者 ※	夫 ふりが名 妻 ふりが名 〒 一 ※ 〒 一 変した費用(本人角) 年年年年年年年年年年年年年年年年年年年年年年年年年年年年年年年年年年年年	中語の種類 □不妊治 夫 ぶりがな 氏 名 妻 氏 名 〒 一 住 所 〒 一 (住 所 下 一 ※夫婦の住所が異なる場 〒 一 で要した費用(本人負担分) 年 月 年 月 年 月 年 月 年 月 年 月 年 月 日 年 月 日 日 日 日	中間の種類 □不妊治療 夫 ふりがな 氏名 妻 ぶりがな 氏名 下 一 ご要した費用(本人負担分) 円 年月円円円 円 年月円円 円 年月円円 円 本月円円 円 本月 円 <td>中間の種類 □不妊治療 夫 氏名 ぶりがな 氏名 事 氏名 〒 ー 住 ※夫婦の住所が異なる場合は記入してくださず、 〒 ー 電話 こ要した費用(本人負担分) 甲 年 月 円 年 年 月 円 年 年 月 円 年 年 月 円 年 年 月 円 年 年 月 円 年 年 月 円 年 年 月 円 年 日 円 年 日 円 年 日 円 年 日 円 年 日 円 年 日 円 年 日 円 日 年 日 日 日 日</td> <td>###の種類</td> <td>世間の種類 □ 不妊治療 □ 男性不</td> <td>中請の種類 □ 不妊治療 □ 男性不妊治療 夫 氏名 生年. 妻 ふりがな 氏名 生年. 所 〒 一 電話番号 ※夫婦の住所が異なる場合は記入してください。 〒 一 電話番号 ご要した費用(本人負担分) 年月 年</td> <td>#iii</td> <td>#iii</td> <td>申請の種類 □不妊治療 □男性不妊治療 まいかな 氏名 生年月日 年 まるりがな 氏名 生年月日 年 年 〒</td> <td>### □不妊治療 □男性不妊治療 □不有症〉 大</td> <td>### □ 不妊治療 □ 男性不妊治療 □ 不育定治療 □ 不育定治療 □ 大</td>	中間の種類 □不妊治療 夫 氏名 ぶりがな 氏名 事 氏名 〒 ー 住 ※夫婦の住所が異なる場合は記入してくださず、 〒 ー 電話 こ要した費用(本人負担分) 甲 年 月 円 年 年 月 円 年 年 月 円 年 年 月 円 年 年 月 円 年 年 月 円 年 年 月 円 年 年 月 円 年 日 円 年 日 円 年 日 円 年 日 円 年 日 円 年 日 円 年 日 円 日 年 日 日 日 日	###の種類	世間の種類 □ 不妊治療 □ 男性不	中請の種類 □ 不妊治療 □ 男性不妊治療 夫 氏名 生年. 妻 ふりがな 氏名 生年. 所 〒 一 電話番号 ※夫婦の住所が異なる場合は記入してください。 〒 一 電話番号 ご要した費用(本人負担分) 年月 年	#iii	#iii	申請の種類 □不妊治療 □男性不妊治療 まいかな 氏名 生年月日 年 まるりがな 氏名 生年月日 年 年 〒	### □不妊治療 □男性不妊治療 □不有症〉 大	### □ 不妊治療 □ 男性不妊治療 □ 不育定治療 □ 不育定治療 □ 大

- 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

×.	担当課記入村	闇
~~.		果し

実施医療機関名			
承認決定年月日	年	月	日

担当課受付印