

(様式第 1 号)

大潟村不妊治療費助成事業申請書兼請求書

年 月 日

大潟村長 様

大潟村不妊治療費助成事業実施要綱第 6 条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、助成額決定にあたり夫婦の住民記録（外国人にあっては外国人登録）の調査、及び本申請内容について他の地方公共団体に照会することや、不妊治療費等受診証明書の内容を医療機関に照会することについて同意します。

	ふりがな 氏 名	生年月日		
申請者	印	年 月 日 (歳)		
配偶者	印	年 月 日 (歳)		
申請者住所	大潟村字 電話 ()			
配偶者住所 (申請者と異なる 場合のみ記入)	大潟村字 電話 ()			
治療方法	特定不妊治療 ・ 男性不妊治療 ・ 一般不妊治療 ・ 不育症治療			
治 療 費 支 払 総 額		円		
秋田県特定不妊治療費助成額		円		
申 請 金 額		円		
振 込 先	金融機関名	銀行 本店 信用金庫 支店 農業協同組合 出張所		
	預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号	
	口座名義人	ふりがな		
		氏名		

【添付書類】

- ① 大潟村不妊治療費助成事業受診等証明書（様式 2）
（秋田県の助成を受けている場合は、「秋田県特定不妊治療費助成事業受診等証明書」の写し）
- ② 大潟村不妊治療費助成事業協力医療機関受診等証明書（様式 2 の 2）
若しくは、「秋田県特定不妊治療費助成事業協力医療機関受診等証明書」の写し（該当する場合のみ）
- ③ 「秋田県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書」の写し（秋田県の助成を受けている場合）
- ④ 夫婦の住民票
- ⑤ 医療機関の発行した領収書の写し（領収書及び領収明細書）