

(様式 1)

大潟村特定不妊治療費等助成事業申請書兼請求書

年 月 日

大潟村長 様

申請者氏名 印

配偶者氏名 印

大潟村特定不妊治療費等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、特定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。

|                     |                             |       |               |  |
|---------------------|-----------------------------|-------|---------------|--|
|                     | 夫                           | 妻     |               |  |
| ふりがな<br>氏 名         |                             |       |               |  |
| 生年月日                | 年 月 日<br>( 歳)               |       | 年 月 日<br>( 歳) |  |
| 住 所                 | 大潟村字                        |       | 大潟村字          |  |
| 治療方法                | 体外受精・顕微授精・人工授精・不育症治療・男性不妊治療 |       |               |  |
| 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                           |       |               |  |
| 過去の他公共団体<br>からの助成状況 | 有 ・ 無                       | 時 期   | 自治体名          |  |
|                     |                             | 年 月   |               |  |
|                     |                             | 年 月   |               |  |
|                     |                             | 年 月   |               |  |
| 振込先                 | 金融機関名                       |       |               |  |
|                     | 支店名                         |       |               |  |
|                     | 預金種別                        | 普通・当座 | 口座番号          |  |
|                     | ふりがな<br>口座名義人               |       |               |  |

注) 振込先の金融機関は、申請者名義の口座（郵便貯金の口座以外）をご記入ください。

【添付書類】・大潟村特定不妊治療費等助成事業受診証明書

- ・夫婦それぞれの住民票（戸籍謄本）
- ・医療機関発行の領収書
- ・秋田県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し（ある場合）