

別記様式第 1 号（第 5 条関係）

尾花沢市不妊治療(先進医療)費助成事業申請書兼請求書

年 月 日

尾花沢市長 殿

申請者 氏 名 ㊞

尾花沢市不妊治療(先進医療)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、助成決定にあたり、夫婦の住民記録（外国人にあっては外国人登録）の調査並びに本申請内容について他の公共団体に照合すること及び尾花沢市不妊治療(先進医療)費助成事業受診等証明書の内容を医療機関に照合することについて同意します。

フリガナ				
氏 名	夫		妻	
生年月日	年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）	
住 所 ※ 1	〒 電話番号		〒 電話番号	
医療機関名				
先進医療に要した額		円	※添付の不妊治療(先進医療)助成事業受診等証明書の合計領収金額と一致すること	
助成申請額		円	10 万円を上限	
振込先	金融機関名	銀行 農業協同組合 信用組合・信用金庫 労働金庫 本店・支店 本所・支所 出張所		
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	口座名義人	フリガナ		

（注） 1 ※ 1 は夫婦の住所が異なる場合のみ、それぞれに記入してください。

2 助成金振込先の金融機関は、申請者名義の口座をご記入ください。

添付書類

- ① 尾花沢市不妊治療(先進医療)費助成事業受診等証明書(別記様式第 2 号)
- ② 生殖補助医療にかかる医療機関発行の領収書及び診療明細書(原本)
- ③ 申請者名義の通帳の写し

受給者番号：	(回目)
--------	-------