

様式第 1 号（第 5 条関係）

河北町不妊治療費補助金申請書兼請求書

年 月 日

河北町長 殿

河北町不妊治療費補助金交付規程第 5 条の規程により、関係書類を添えて申請します。
なお、補助額決定にあたり、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市町村に照会することや河北町不妊治療費補助金交付事業申請用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。

		申請者（受診者）		配偶者又はパートナー	
(ふりがな) 氏名		()		()	
生年月日		昭和 平成 年 月 日 (歳)		昭和 平成 年 月 日 (歳)	
女性の治療開始時点の年齢		歳			
住所		〒 河北町 電話 ()		〒 河北町 電話 ()	
治療費支払額① ※該当に☑		県助成 □ 有	☑有の場合こちらにご記入ください。(※1) 円		
		県助成 □ 無	☑無の場合こちらにご記入ください。(※2) 円		
山形県不妊治療費助成額②		円			
高額療養費払い戻し額③		円			
申請金額 ①-②-③		円（上限 5 万円又は 2 0 万円）			
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 組合 農協本店 支店 出張所			
	預金種別	普通 当座	口座名義人 (申請者と同一)		
	口座番号				(左詰で記入してください)

※ 1 治療費支払額は、様式第 2 号「今回の治療期間の徴収分」の㊦の金額と、㊩の金額の合計とする。
※ 2 治療費支払額は、様式第 2 号「今回の治療期間の徴収分」の㊦の金額とする。
(添付書類)
① 河北町不妊治療費補助金交付事業申請用証明書（様式第 2 号）
② 医療機関発行の領収書及び医療費明細書の写し
③ 申請者名義の通帳の写し
④ 本人確認書類の写し
⑤ 山形県不妊治療（生殖補助医療）費助成金給付決定通知書の写し（公的医療保険適用者に限る。）
⑥ 高額療養費限度額適用認定証、給付通知書等の写し（該当者に限る。）