村山市不妊治療（先進医療）費助成金交付申請書 兼 請求書

村 山 市 長 あて

申請者 氏 名 _____ ㊞

村山市不妊治療（先進医療）費助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

なお、助成決定にあたり、夫婦の住民記録及び本申請内容について他の地方公共団体や医療機関等に必要な範囲で照会することに同意します。

また、本申請に係る助成対象治療に対し、他の地方公共団体等が実施する助成を受けません。

フリガナ			
氏 名	夫	妻	
生年月日	昭和・平成 年 月 日(歳)	昭和・平成 年 月 日(歳)	
住 所 ※1	〒 電話番号	〒 電話番号	
今回の治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ☐ 採卵から妊娠確認 ☐ 凍結胚移植から妊娠確認 ☐ 妊娠確認前に当該治療計画を中止	※治療期間を記入し、該当するものにチェックを入れる	
医療機関名			
実施した先進医療			
先進医療支払額 (自己負担額)	円	※10 割負担となる不妊治療（先進医療）費の合計額	
助成申請額	円	10万円を上限	
振 込 先 ※2	金融機関名	銀行・金庫 組合・農協	本店 支店名
	預金種別	普通・当座	フリガナ 口座名義人
	口座番号		

注) ※1 住所は、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 振込先の口座は、申請者名義の口座をご記入ください。

【添付書類】 ①生殖補助医療に係る医療機関発行の領収書及び診療明細書（原本）

②申請者名義の通帳の写し