

白鷹町長 殿

申請者 住 所 _____
 フリガナ _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____

白鷹町特定不妊治療費助成事業申請書

白鷹町特定不妊治療費助成事業実施要綱第 2 条に規定する助成要件を満たすため、同要綱第 5 条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

年度申請回数 (回目)

		夫	妻
ふりがな 氏 名			
生年月日	年 月 日生 (歳)	年 月 日生 (歳)	
住 所	〒 電話	〒 電話	
※1 住 所	〒 電話	〒 電話	
治 療 費 支 払 額		金 _____ 円 (うち男性不妊治療分 _____ 円)	
山形県特定不妊治療費助成額		金 _____ 円 (うち男性不妊治療分 _____ 円)	
申 請 金 額		金 _____ 円 (うち男性不妊治療分 _____ 円)	
助 成 金 振 込 先			
金融機関名	預金種目	口座名義	口座番号
銀行 金庫 組合	1. 普通 2. 当座	(フリガナ)	

- 注) 1 太枠内をご記入ください。
 2 ※1は、単身赴任等で住所が異なる場合に記入してください。
 3 助成金振込先の金融機関は、申請者名義の銀行口座をご記入ください。

(添付書類)

- 1 山形県特定不妊治療費助成金給付決定通知書の写し