

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

中山町長 様

中山町不妊治療費助成事業申請書

中山町不妊治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、夫婦の住民記録について調査すること、および本申請の内容について他の地方公共団体に照会することや中山町不妊治療費助成事業受診等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）		配偶者等	
ふりがな 氏 名				
生 年 月 日	年 月 日生（ 歳）		年 月 日生（ 歳）	
※1 住 所	〒 電話番号		〒 電話番号	
医 療 機 関 名		女性の治療開始日時点の年齢	歳	
治療費支払額 ①		円	治療 内容	※該当に ☒ ☐ 保険適用となる生殖補助医療（及び保険と併用される先進医療） ☐ 自費診療
山形県不妊治療費助成額 ②		円		
高額療養費・付加給付支給額 ③		円		
助成申請額 ①－②－③		円		
※町記載欄				
本人確認書類	☐ 免許証 ☐ マイナンバー ☐ その他（ ）			収受印
住民登録	申請者： ☐ 有 ☐ 無 、 配偶者： ☐ 有 ☐ 無			
備考				

注) 1 太枠内をご記入ください。

2 ※1は、夫婦の住所が異なる場合のみ、両方に記入してください。

【添付書類】

- 1 中山町不妊治療費助成事業受診等証明書(様式第2号)
- 2 不妊治療に係る医療機関発行の領収書の写し
- 3 診療明細書等治療内容のわかるもの
- 4 申請者名義の通帳の写し
- 5 本人確認書類の写し
- 6 山形県不妊治療（生殖補助医療）費助成金の給付を受けた者は、その給付決定通知書の写し
- 7 高額療養費又は付加給付の支給該当者は、当該高額療養費等の額が確認できる書類