様式第１号（第７条関係）

年　　月　　日

こうのとり支援事業治療費助成金交付申請書

　北杜市長　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

北杜市こうのとり支援事業実施要綱第7条1項の規定により、次のとおり関係書類を添えて助成金の交付を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者の氏名 | | 生年月日 | 市民となった日 |
| 夫の氏名 |  |  |  |
| 妻の氏名 |  |  |  |
| 婚姻月日 | 年　　　月　　　日 | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成金額 | | 円 | | | |
| 過去の助成状況 | １回目 | | 平成　　年　　　月　　　日申請 | | |
| ２回目 | | 平成　　年　　　月　　　日申請 | | |
| ３回目 | | 平成　　年　　　月　　　日申請 | | |
| ４回目 | | 平成　　年　　　月　　　日申請 | |  |
| ５回目 | | 平成　　年　　　月　　　日申請 | | |
| ＊本申請の特定不妊治療費について、山梨県に助成を申請した場合は記入してください。  　　　　　　　　　有□（　　　　　　回目）　　無□ | | | | | |
| 有の場合 | 県申請額　　　　　　　　円 | | | 県助成額　　　　　　　　　円 | |

　（添付書類）

　　・北杜市こうのとり支援事業受診等証明書（様式第２号）

・北杜市こうのとり支援事業治療に係る領収書の写し

様式第２号（第７条関係）

こうのとり支援事業受診等証明書

　次の者については、不妊治療以外の方法によっては妊娠の見込みがないか、極めて少ないと思われるため、不妊治療を実施しこれに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

　　年　　　月　　　日

医療機関の名称

住　　所

主治医氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　　医療機関の記入欄　　　（主治医が記入すること）

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな  受診者氏名 | 夫　　　　　　　　　　　　　　生年月日 |
| 妻　　　　　　　　　　　　　　生年月日 |
| 治療方法 |  |
| 治療内容 |  |
| 治療期間 | 年　　月　　日　~　　　　　年　　　月　　　日 |
| 治療を必要とした理由 |  |
| 領収年月日  領収金額 | 年　　月　　日～　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　円　　　＊要領収書添付 |

* 治療を中断した場合は、その経過についても記入してください。

様式第５号（第９条関係）

年　　　月　　　日

北杜市長　　　　　　様

申 請 者

住　　所

氏　　名

電話番号

北杜市こうのとり支援事業治療費助成金請求書

年　　月　　日付け　　　　第　　　号で額の決定を受けた北杜市こうのとり支援事業治療費助成金の交付を受けたいので、北杜市こうのとり支援事業実施要綱第９条第1項の規定により、下記のとおり請求します。

記

１　助成金請求額　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

３　振込先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先  金融機関名 | 金 融 機 関 | 銀行・信用金庫　　　　本店・支店  農協・信用組合　　　　本所・支所 |
| 預金の種類 | 普通　・　当座　(該当を○で囲む) |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |