

様式第 1 号（第 6 条関係）

大月市こうのとりの支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）大月市長

大月市こうのとりの支援事業助成金の交付を受けたいので申請及び請求します。

助成金が交付決定された場合は、下記の振込先口座へ振り込んでください。

申請者兼請求者	ふりがな		性別	男 ・ 女
	氏名	印	生年月日	年 月 日(歳)
	現住所	〒 山梨県大月市 TEL		
配偶者	ふりがな		性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	年 月 日(歳)
	現住所	※申請者と住所が異なる場合には記入してください。 〒 TEL		
婚姻の届出		☐ 有（法律婚） ☐ 無（事実婚）		
婚姻年月日		年 月 日		

受診者	夫	妻
保険区分	☐ 国保 ☐ 健保 ☐ 共済 ☐ 船員 ☐ その他()	☐ 国保 ☐ 健保 ☐ 共済 ☐ 船員 ☐ その他()
山梨県による助成の有無	有（助成金額： 円）・無	
医療保険者等による助成の有無	有（助成金額： 円）・無	
上記の記載について相違ありません。 大月市こうのとりの支援事業のために市長が私の個人情報を閲覧し確認することを承諾します。また、助成の適正を図るために必要な場合は、他の自治体等に情報の照会、提供をすること及び医療機関に受診等証明書の内容を照会することに同意します。		
申請者兼請求者署名 配偶者署名		
振込先 (申請者兼請求者の口座)	銀行・信用金庫 信用組合・農協 支店	口座番号
	口座名義人 (カタカナ)	普・当 No.
申請額（請求額）	円	

（添付書類）

- ☐不妊治療受診等証明書（様式第 2 号）
- ☐事実上婚姻関係に関する申立書（様式第 3 号）（事実上婚姻関係にある夫婦に限ります）
- ☐不妊治療を受診した医療機関発行の領収書
- ☐戸籍謄本または住民票謄本
- ☐山梨県等による不妊治療に係る支援等を受けている場合、承認通知書の写し
- ☐振込口座の金融機関名、支店名、口座番号、口座名義を確認できる書類（通帳など）の写し

不妊治療受診等証明書

不妊治療受診等証明書