

様式第1号（第6条関係）

大月市こうのとり支援事業助成金交付申請書

令和 年 月 日

（あて先）大月市長

大月市こうのとり支援事業助成金の交付を受けたいので申請します。

対象者	夫	ふりがな	生年月日
			年 月 日 () 歳
	妻	ふりがな	生年月日
			年 月 日 () 歳
住所	〒 山梨県大月市 TEL		
	※単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合には、記入してください。 〒 TEL	居住する方 夫・妻	
婚姻年月日	年 月 日		

受診者名	夫	妻
医療機関名		
保険区分	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 政管健保 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 政管健保 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> その他 ()
勤務先		
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	
治療に要した費用	円	
<p>上記の記載について相違ありません。</p> <p>大月市こうのとり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。</p> <p>申請者署名 _____ 配偶者署名 _____</p>		
振込先	銀行・信用金庫 信用組合・農協	口座番号
	口座名義人 (カタカナ)	支店 普・当 No.

（添付書類）

- 不妊治療受診等証明書（様式第2号）
- 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
- ※山梨県不妊に悩む方への特定治療支援事業承認通知書写し

様式第2号（第6条関係）

不妊治療受診等証明書

受診者名		男・女	生年月日	年 月 日
病 名		不妊治療開始日		年 月 日
今回の治療 期間	年 月 日 から 年 月 日			
<p>○不妊治療の内容について該当箇所に記入してください。</p> <p>・タイミング療法 : 実施 (回) ・ 未実施</p> <p>・排卵誘発法 : 実施 (回) ・ 未実施</p> <p>・人工授精 : 実施 (回) ・ 未実施</p> <p>・体外受精 : 実施 (回) ・ 未実施</p> <p>・顕微授精 : 実施 (回) ・ 未実施</p> <p>・手術療法 : 実施 (回) ・ 未実施</p> <p>・その他 : 実施 (回) ・ 未実施</p>				
領収年月日	年 月 日 ~ 年 月 日			
領収金額	(円)			
<p>上記のとおり不妊治療を行ったことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">代表者</p> <p style="text-align: right;">印</p>				