

様式第1号（第6条関係）

山形村不妊・不育症治療費補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

（あて先）山形村長

申請者

住所 山形村 _____

氏名 _____

電話 _____

山形村不妊・不育症治療費補助金交付要綱により補助金を交付願いたく関係書類を添えて申請します。

氏 名		生 年 月 日	山形村への 住民登録開始
夫		年 月 日生	年 月 日
妻		年 月 日生	年 月 日
婚姻年月日		年 月 日	
過去の出産回数		回	
申請回数		回目（前回 年度）	
治療に要した金額		円	
年度内での県助成金の受領の有無	有・無	有の場合その金額	円

同意書

本補助金の審査において、私の村税、国民健康保険税、介護保険料、後期高齢者医療保険料、保育料、下水道受益者分担金、下水道使用料、水道料金、清水高原簡易水道料金の滞納の有無を調査することに同意します。

夫氏名 _____ (印)

妻氏名 _____ (印)

（本人自署の場合は、押印は不要）

様式第2号の1（第6条関係）

山形村不妊・不育症治療証明書（医療機関用）

医療機関での診療開始年月日		年 月 日	診断名
受診者氏名	夫		妻
治 療 詳 細			
治療年月日	自己負担額		治療内容詳細
年 4月			
5月			
6月			
7月			
8月			
9月			
10月			
11月			
12月			
年 1月			
2月			
3月			
合 計	円		
<p>上記のとおり不妊・不育症の治療を実施し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 医療機関名 代表者名</p>			

様式第2号の2（第6条関係）

山形村不妊・不育症治療証明書（薬局用）

医療機関での診療開始年月日	年 月 日	医療機関での診断名
受診者氏名	夫	妻
治療詳細		
治療年月日	自己負担額	処方内容
年 4月		
5月		
6月		
7月		
8月		
9月		
10月		
11月		
12月		
年 1月		
2月		
3月		
合計	円	
上記のとおり医師の処方に基づき、不妊・不育症治療として調剤したことを証明します。		
		年 月 日
住 所		
薬 局 名		
代表者名		

様式第4号（第9条関係）

山形村不妊・不育症治療費補助金請求書

年 月 日

山形村長

様

請求者

住 所 山形村

氏 名

T E L

年 月 日付山形村指令（達） 第 号で確定のありました不妊
治療費補助金を請求します。

請求金額 _____ 円

申請者口座振込先

金融機関 _____

支 店 名 _____

口座番号 _____

ふりがな

口座名義人 _____

※申請者と口座名義人が異なる場合、上記口座名義人に、請求に伴う支払額の受領を委任しま
す。

申請者氏名 _____ 印