

(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

印

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

補助金の申請に当たり、村が所有する私の村民課税台帳を閲覧することに同意します。

夫氏名 _____ 印

妻氏名 _____ 印

(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 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
合 計	円	
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。		
		年 月 日
住 所		
医療機関名		
代表者名	印	

(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 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
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	印	

様式第 5 号(第 9 条関係)

山形村不妊・不育症治療費補助金請求書

平成 年 月 日

山形村長 様

請求者

住 所 東筑摩郡山形村

氏 名

印

T E L

年 月 日付山形村達 山保福第 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 _____