

(様式第1号)

山梨県不育症治療費助成申請書

令和 年 月 日

山梨県知事 殿

関係書類を添えて下記のとおり不育症治療費の助成を申請します。

また、山梨県が本申請の審査に関して関係機関への照会や情報提供を行うことに同意します。

記

申請者	フリガナ氏名							
	生年月日	昭和・平成	年	月	日生 (歳)			
	住所	〒	印鑑は不要になりました。 ※訂正印が必要な場合がありますので、申請時には印鑑をご持参ください。(認め印で可)					
電話	—							
配偶者	フリガナ氏名							
	生年月日	昭和・平成	年	月	日生 (歳)			
	住所申請者・夫と異なる場合のみ記入	〒	↓どちらかにチェックしてください。					
電話								
婚姻の届出	<input type="checkbox"/> 有 (法律婚) <input type="checkbox"/> 無 (事実婚)							
申請金額	金 円							
振込先	金融機関名	※申請者の口座をご記入ください。 銀行・金庫・農協			申請金額は訂正できません。 申請額については、申請時に保健所の窓口でご確認ください。			
	預金種別	普通	・	当座		口座番号 (桁)		
	口座名義人	※カナ書き						
過去の助成状況	過去に不育症治療助成金を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 不育症治療費の助成を受けたことがない。 <input type="checkbox"/> 不育症治療費の助成を受けたことがある。(※詳細は下記へご記入ください。) ・1回目 平成・令和 年度 自治体名 () ・2回目 平成・令和 年度 自治体名 ()							
申請受理年月日	年	月	日	決定年月日	年	月	日	承認・不承認
受給者番号					助成年度の回数			回目