

様式第 1 号（第 5 条関係）

鮭川村生殖補助医療費等助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

鮭川村長

殿

鮭川村生殖補助医療費等助成事業実施要綱第 5 条の規定に基づき、申請します。
 なお、本申請の審査に必要な範囲で、村が申請内容の確認を行うことに同意します。

フリガナ			
氏 名		生年 月 日	年 月 日 (歳)
住 所	〒 電話 () ※日中連絡が取れる番号を記載		
治療期間 (申請証明書に記載されている期間)	年 月 日 ～ 年 月 日		
治療内容	採卵術 ・ 胚移植術 ・ 精巣内精子採取術 ・ 保険診療と併用した先進医療		
治療費支払額①	保険診療による治療 円 保険診療と併用した先進医療 円		
山形県助成額②	円		
高額医療費払い戻し額③	円		
申請金額①-②-③	(助成上限額 10 万円) 円		
振込先	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協 本店・支店・支所	
	預金種別	普通・当座	口座名義人 ※申請者と同一 (カナ)
	口座番号		

【添付書類】

- ・生殖補助医療費助成事業申請用証明書
- ・医療機関、薬局の領収書及び医療費明細書の写し
- ・山形県不妊治療（生殖補助医療）費助成金給付決定書の写し
- ・限度額適用認定証、高額療養費給付通知書等の写し（該当する方のみ）