

令和 年 月 日

遊佐町長 殿

申請者 住所 遊佐町 _____
氏名 _____

遊佐町妊活応援金給付申請書

遊佐町妊活応援金給付事業実施要綱第2条に規定する助成要件に該当しますので、同要綱第5条の規定により応援金の給付を申請します。

ふりがな 氏名	(受診者と同一)									
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)									
住所	〒 _____ 電話 _____									
山形県不妊治療（生殖補助医療）費助成額 金 _____ 円										
遊佐町妊活応援金申請額 金 _____ 円										
※1 振込先	銀行			本店		種目		口座番号		
	農協			支店		1.普通				
	金融機関コード			店舗コード		2.当座				
						3.その他				
ふりがな 口座名義人										

※1 申請者名義の口座をご記入ください。

- (添付書類) 山形県不妊治療（生殖補助医療）費助成金給付決定通知書の写し
 医療機関発行領収書及び医療費明細書又は治療証明書の写し