

年 月 日

庄内町長

宛

申請者 住所
氏名
電話

令和8年度庄内町生殖補助医療費助成金交付申請書

令和8年度生殖補助医療費助成金を下記のとおり交付されるよう、庄内町補助金等の適正化に関する規則第4条の規定により関係書類を添付して申請します。

対象者	フリガナ		生年月日	
	氏名		年	月 日
	住所			
生殖補助医療の内容及び決定通知書の日付（□にレ点）				
<input type="checkbox"/> 採卵術		年 月 日	年 月 日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 胚移植術		年 月 日	年 月 日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 精巣内精子採取術		年 月 日	年 月 日	年 月 日
申請する治療回数		回	交付申請額	円
振込先	金融機関名		店名	
	種目	普通 ・ 当座 ・ その他（ ）		
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義人			

備考

- 1 住所欄は、申請者の住所と異なる場合に記入ください。
- 2 助成金振込先の金融機関は、申請者名義の口座を記入ください。
- 3 添付書類
 - (1) 山形県不妊治療費（生殖補助医療）費助成金給付決定通知書の写し
 - (2) 医療機関発行の領収書及び医療費明細書の写し又は治療証明書の写し