

令和 6 年 4 月 1 日

庄内町長 富樫 透 宛

申請者 住所 庄内町余目字町132-1
氏名 庄内 町子
電話 0234-42-0164

生殖補助医療費助成金交付申請書

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	ショウナイ マチコ			生年月日
	氏名	庄内 町子			●年●月●日
	住所	申請者の住所と異なる場合は、記入してください。			
生殖補助医療の内容及び決定通知書の日付（□にレ点）					
振込先	☒ 採卵術	●年 ●月 ●日	年 月 日	年	治療内容ごとの 県決定通知書の 日付をご記入く ださい。
	☐ 胚移植術	年 月 日	年 月 日	年	
	☐ 精巣内精子採取術	年 月 日	年 月 日	年	
	申請する治療回数	1 回	交付申請額	30,000 円	
振込先	金融機関名	●●銀行	店名	●●支店	最大3回（90,000円） が上限です。
	種目	普通 ・ 当座 ・ その他（			
	口座番号	1234567			
	フリガナ	ショウナイ マチコ			
	口座名義人	庄内 町子			

- 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
 - (3) 領収書の写しを提出できない場合は、医療機関記載の治療証明書