

年 月 日

令和 7 年度三川町不妊治療（生殖補助医療）費助成金交付申請書兼請求書

三川町長 殿

〒

申請者	住 所
	氏 名
	電話番号

令和 7 年度三川町不妊治療（生殖補助医療）費助成金交付要綱第 5 条の規定により、関係書類を添えて申請します。なお、助成額決定にあたり、夫婦等の住民記録及び町税の納付状況について調査すること、本申請の内容について他の地方公共団体に照会すること、令和 7 年度三川町不妊治療（生殖補助医療）費助成金交付申請用証明書の内容について医療機関に照会すること、税の滞納がないことを照会することについて同意します。なお、以下の場合には本町からの助成金の支給対象にならないことを理解し、本町からの助成金の給付後にそのことが判明した場合等は、支給済みの助成金を返還することに同意します。

- ・ 本申請分の不妊治療（生殖補助医療）費について、山形県以外の自治体から費用助成を受けている場合
- ・ 申請内容に偽り又は相違があり支給要件に該当しなかった場合

区 分	夫		妻	
フリガナ氏 名				
生年月日	昭・平 年 月 日（ 歳）		昭・平 年 月 日（ 歳）	
住 所 ※申請者と住所が異なる場合記入	〒 電話		〒 電話	
治療内容 ※該当するものに○	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			
治療期間（申請用証明書に記載されている期間）	年 月 日 ～ 年 月 日			
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	
山形県不妊治療（生殖補助医療）費助成額 ②			円	
高額療養費払い戻し額 ③			円	
申請金額①－②－③（助成上限額 9 万円）			円	
振込先	銀行・信金		支店	金融機関コード
	信組・農協		本店	
	預金種別	1.普通 2.当座	口座番号	口座名義人（申請者と同一） （フリガナ）

（添付書類）

- 1 令和 7 年度三川町不妊治療（生殖補助医療）費助成金交付申請用証明書（様式第 2 号）
- 2 医療機関等が発行する領収書及び医療費明細書（原本）
- 3 令和 7 年度山形県不妊治療（生殖補助医療）費助成金給付決定通知書の写し
- 4 高額療養費限度額適用認定証、給付通知書等の写し（該当者） ※以下町記入欄

受理年月日	治療内容	決定年月日 （交付・不交付）	交付決定額	No.
年 月 日	採・胚・精・先	年 月 日	円	