

特定

特定不妊治療費助成交付申請書

年 月 日

宝達志水町長

- 1 関係書類を添えて下記のとおり、特定不妊治療費の助成を申請します。
なお、本申請の審査に必要な範囲で、所得調査等の確認を行うことに同意します。
- 2 本申請に係る治療に対し、他の市町及び県の助成を受けません。

申請者 氏名 _____ 印 (夫又は妻が自署又は記名押印)
(口座名義人と同一)

注) 太枠の中を御記入下さい。

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	
夫	()	年 月 日	(歳)
妻	()	年 月 日	(歳)
住所(※1)	〒 (電話)		
住所(※2) (夫・妻)	〒 (電話)		
この申請の 診療期間	年 月 日から 年 月 日まで		
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協 店	
	預金種別	普通・当座	口座番号:
	口座名義人 (申請者と同一)		
申請額内訳	a 保険適用外の不妊治療額(本人負担額)	_____	円
	b 石川県からの助成額	_____	円
	c 助成対象額(a-b)	_____	円
	d 特定不妊治療費助成申請額 (1回あたり上限30万円)	_____	円

石川県事業実施要綱に基づく助成の決定を受けた日から起算して1年以内に申請してください。

- ※1 夫婦の住所を記入する。
- ※2 夫婦の住所が異なる場合に記入する。
(住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。)

《添付書類》

- 1 石川県知事から交付された不妊治療費助成承認決定通知書の写し
- 2 石川県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し