

様式第1号(第7条関係)

特定不妊治療費助成交付申請書(請求書)

年 月 日

津幡町長様

- 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(請求)します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、住民登録、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、他の市町の助成を受けません。

申請者 氏名 _____ 印
(口座名義人と同一)

配偶者 氏名 _____ 印

	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)	〒 (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	
	フリガナ 口座名義人 (申請者と同一)		
a	保険適用外の不妊治療費(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	_____	円
ただし5万円未満の場合は、その金額を助成額とします。			

※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)

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