

内灘町特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

内灘町長

申請者 住 所

氏 名

電話番号

(署名又は記名押印)

夫 氏名	フリガナ	生年 月 日	
妻 氏名	フリガナ	生年 月 日	
申告事項	<input type="checkbox"/> 治療実施年度の石川県特定不妊治療費助成事業の交付決定を受けています。 <input type="checkbox"/> 夫婦の両方又は一方が内灘町に住所を有しており、住民となった日以後の治療行為についてのものです。		
振 込 先	金融機関名		支店名
	預金種類	普通・当座	口座番号
	口座名義人	(申請者の口座に限ります)	
保険適用外の不妊治療費		円 (A)	本人支払額
石川県の助成額		円 (B)	助成事業の交付決定額
本人負担(見込)額		円 (C)	= (A) - (B)
申請額		円 (D)	
添付書類	<input type="checkbox"/> 石川県特定不妊治療費助成承認決定通知書 <input type="checkbox"/> その他 []		
個人情報の確認に 対する同意	<input type="checkbox"/> 本申請の審査に必要な範囲で、住民票等の確認をすることに同意します。 <input type="checkbox"/> 個人情報の確認に同意できませんので、世帯全員の住民票を添付します。		

内灘町男性不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

内灘町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

(署名又は記名押印)

夫 氏名	フリガナ	生年 月 日	
妻 氏名	フリガナ	生年 月 日	
振 込 先	金 融 機 関 名	支店名	
	預 金 種 類	普通 ・ 当座	口座番号
	口 座 名 義 人	(申請者の口座に限ります)	
保険適用外の不妊治療費	円 (A) 本人支払額		
石川県の助成額	円 (B) 助成事業の交付決定額		
本 人 負 担(見 込)額	円 (C) = (A) - (B)		
申 請 額	円 (D)		
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 石川県男性不妊治療費助成承認決定通知書 <input type="checkbox"/> その他 []		
個 人 情 報 の 確 認 に 対 す る 同 意	<input type="checkbox"/> 本申請の審査に必要な範囲で、住民票等の確認をすることに同意します。 <input type="checkbox"/> 個人情報の確認に同意できませんので、世帯全員の住民票を添付します。		