

内灘町特定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

印

電話番号

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。 <input type="checkbox"/> 石川県特定不妊治療費助成事業の申告したとおり夫婦の合計所得額は730万円未満です。		
振 込 先	金 融 機 関 名		支店名
	預金種類・口座番号	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)	50,000円と(C)の小さいもの
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、次の書類を添付します。 ・世帯全員の住民票		

※ 印鑑及び振込先の情報が確認できるもの(通帳など)をご持参ください。

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  
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・口座番号	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)	50,000円と(C)の小さいもの
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、次の書類を添付します。 ・世帯全員の住民票		

※ 印鑑及び振込先の情報が確認できるもの（通帳など）をご持参ください。