

特定不妊治療費助成交付申請書

年 月 日

（あて先）白山市長

〒
住 所 白山市
申請者名
（口座名義人と同一）㊞

白山市特定不妊治療費助成事業実施要綱に基づき、特定不妊治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、本申請の審査に必要な範囲で、住民登録等の確認を行うことに同意します。

夫	(ふりがな) 氏 名 (生年月日)	年 月 日生 (歳)
	住 所	白山市 (電話 -)
妻	(ふりがな) 氏 名 (生年月日)	年 月 日生 (歳)
	住 所	白山市 (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：
	ふりがな 口座名義人 (申請者と同一)	

※以下の欄は記入しないでください。

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. 注意事項

場合によって、戸籍謄本が必要となることもあります。

2. 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原本とそのコピー
- 不妊治療費の明細が記載された領収書・明細の原本とそのコピー
- 事実婚関係にある夫婦は別途申立書