

## 羽咋市特定不妊治療費助成交付申請書

年 月 日

羽咋市長

申請者 氏名

(口座名義人と同一)

電話番号

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、この申請の審査に必要な範囲で、住民登録及び地方税関係情報等の調査を行うことに同意します。

申請額 金 円 (申請額内訳(5)の額)

夫	氏名	生年月日: 年 月 日生		
	住所	羽咋市	年齢	歳
妻	氏名	生年月日: 年 月 日生		
	住所	羽咋市	年齢	歳
振込先	金融機関	銀行・金庫・農業協同組合		支店・本店・支所
	フリガナ	口座の種類	普通 ・ 当座	
	口座名義 (申請者と同じ)	口座番号		
申請額内訳	(1) 今回の治療にかかった金額合計	円		
	(2) (1)×7割	円		
	(3) 石川県特定不妊治療費助成交付額	円		
	(4) 助成対象額(2)-(3)	円		
	(5) 助成申請額(上限25万円)	円		
市への申請回数	回目			

1.注意事項 治療が終了した日の属する年度内(3月31日まで)に申請してください

2.添付書類 ① 石川県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し

② 石川県知事が交付する不妊治療費助成承認決定通知書の写し

③ 振込先のわかる通帳のコピー