

加賀市特定

特定不妊治療費助成申請書

年 月 日

(宛先) 加賀市長

申請者 住 所 千 一
氏 名 印
電話番号 () 一

- 1 加賀市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。
- 2 本申請に係る治療費に対して、他の市町の助成を受けません。

夫	① 氏 名	ふりがな	生 年 月 日	年 月 日生		
妻	② 氏 名	ふりがな	生 年 月 日	年 月 日生		
振 込 先	③ 金 融 機 関 名		銀行・金庫・農協 店			
	④ 預金種別・口座番号		普通・当座	口座番号		
	⑤ 口座名義人 (申請者と同一)					
⑥ 保険適用外の特定不妊治療費 (本人負担額) (A)			円	うち男性不妊治療費 ()	円	
⑦ 石川県特定不妊治療費助成事業の 決定額 (B)			円	うち男性不妊治療費 ()	円	
⑧ 石川県特定不妊治療費助成決定額 を除いた本人負担額 (A) - (B)			円	うち男性不妊治療費 ()	円	
⑨ 加賀市特定不妊治療費助成申請額			円	うち男性不妊治療費 ()	円	
⑩ 必ず添付する書類			<input type="checkbox"/> 石川県特定不妊治療費助成承認決定通知書の写し <input type="checkbox"/> 石川県特定不妊治療費助成事業の申請に添えた領収書及び請求書の写し <input type="checkbox"/> 市税等納付状況調査同意書			
⑪ 個人情報の確認に対する同意			本申請の審査に必要な範囲で、住所及び所得等の確認をすることに		<input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。	
⑫ ⑪で同意しない場合に添付する書類			<input type="checkbox"/> 住民票			

※注意事項

- 1 保険適用外の特定不妊治療費のうち、石川県特定不妊治療費助成事業の助成額を除いた自己負担額が加賀市の助成の対象となります。石川県特定不妊治療費助成承認決定通知書が届いてから申請してください。
- 2 必要に応じて申請内容を確認することがありますので、電話は日中の連絡先をご記入ください。
- 3 必要に応じて上記添付書類以外にも書類の提出を求められることがあります。
- 4 必要に応じて助成実績等について、石川県または他の市町に確認をすることがあります。