

石川町不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

石川町長様

関係書類を添えて、下記のとおり不妊症治療費の助成を申請します。

申請者	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	個 人 番 号
夫	()	年 月 日 (生 歳)	
妻	()	年 月 日 (生 歳)	
住 所 1	〒 連絡先(自宅) (携帯)		
住 所 2 ※夫婦の住所が異なる 場合にご記入ください	〒 連絡先(自宅) (携帯)		
過去の申請の有無	<input type="checkbox"/> 有 () 回 ・生殖補助医療について、初めて治療開始した日の妻の年齢 <input type="checkbox"/> 40歳未満 <input type="checkbox"/> 40歳以上 ・回数をリセットする(した)場合 子の氏名() 生年月日() リセット後、初めて治療開始した日の妻の年齢 <input type="checkbox"/> 40歳未満 <input type="checkbox"/> 40歳以上		
	申請時期	内 容	県助成額
	令和 年 月	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療 <input type="checkbox"/> 生殖補助医療	
	令和 年 月	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療 <input type="checkbox"/> 生殖補助医療	
	令和 年 月	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療 <input type="checkbox"/> 生殖補助医療	
	令和 年 月	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療 <input type="checkbox"/> 生殖補助医療	
	<input type="checkbox"/> 無		
今回の申請内容	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療 <input type="checkbox"/> 生殖補助医療 <input type="checkbox"/> ア.保険診療 <input type="checkbox"/> イ.保険診療となる治療と保険外診療となる治療の併用(保険適用外) <input type="checkbox"/> ウ.保険診療回数超過(保険適用外) <input type="checkbox"/> エ. 男性不妊治療		
助成申請金額	a.一般不妊治療に要した費用		円
	b.生殖補助医療に要した費用		円
	c.男性不妊治療に要した費用		円
	d.福島県からの助成済額		円
	申請額 (a+b+c-d)		
振 込 先	金融機関	銀行 信用 支庫 農協	本店 支店 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号
	(ふりがな) 口座名義人	()	
同意欄	石川町不妊治療費助成申請書(本書)の審査にあたり、次の事項について確認・照会することに同意します。 (夫) _____ (妻) _____ (同意できないものは=で抹消してください) 1. 私の戸籍の内容 2. 私の住民基本台帳 3. 私の町税の納付状況 ※添付書類は、同意により省略(代用)出来る場合があります。		
申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
		受給者番号	