

白川町特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

白川町長 様

申請者（白川町在住の方）

住 所

氏 名

印

年 月 日生

電 話

配偶者

氏 名

印

年 月 日生

住 所（申請者と住所が異なる場合のみ記入）

電 話

特定不妊治療費の助成を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

この申請にあたり、住所、納税状況、治療状況、同趣旨の助成の受給状況の照会等の調査を町長が職権により行うこと、また必要時に他自治体等からの照会に回答することについて同意します。

記

治療に要した費用（保険外診療分に限る）（A） ※男性不妊治療費を除く		金	円		
岐阜県からの助成額（B） ※男性不妊治療に係る助成分を除く		金	円		
当該治療にかかる給付額（C）		金	円		
申請額（A－B－C） ※上限10万円		金	円		
過去の 特定不妊治療 助成実績	過去の 助成金 受給の 有 無	1. 有 2. 無	「有」の場合 過去に助成を 受けた自治体、 時期及び助成額	自治体	年度及び回数
					年度（ 回）
					年度（ 回）
					年度（ 回）

振込先 口座	金融機関	銀行 金庫 農協	預金種別	普通 ・ 当座
	本支店名	支店	口座番号	
		支所 出張所	フリガナ	
	ゆうちょ銀行	記号	番号	

【添付書類】 岐阜県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書（写）、岐阜県特定不妊治療費助成事業受診等証明書（写）、領収書、健康保険証（写）、その他（ ）