

様式 1 号

川北町不妊症等治療費給与金交付申請書（請求書）

年 月 日

川北町長 前 哲雄

申請者
住 所 川北町字
氏 名
T E L 印

川北町の条例の規定により治療費の支給を受けたいので申請します。
また必要時、公簿により夫婦の所得状況を確認することに同意します。

氏名 印

診療を受けた氏名		生 年 月 日
夫		年 月 日生
妻		年 月 日生

医 療 機 関 記 入 欄			
診療開始日	年 月 日	病名	
診 療 期 間	年 月 日～ 年 月 日分		
診 療 額	(保険診療適用外負担額) 円		
年 月 日			
患者氏名		医療機関	
住所		氏 名	
		印	

・添付するもの領収書、石川県の助成承認決定通知書

振込先	金融機関名	銀行・農協・金庫 支店						
	預金種別 (どちらかに○)	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人 (夫婦のどちらか)			()		
	口座番号							(左詰記入)

※この欄は記入しないで下さい。

給付決定額	円	取扱者	
県助成	□有 () □無 ()		