

交野市不育症治療費用助成金交付申請書

申請日 年 月 日

(あて先) 交野市長

不育症治療費用の助成を受けるために、交野市不育症治療費助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて、申請します。

また、不育症治療費助成金を交付決定するにあたり、必要があるときは、住民基本台帳の閲覧や、医療機関への支払い内容確認等することを了承します。

(以下の太枠内をご記入ください)

申請者	フリガナ		生年月日	昭和 平成
	氏名			年 月 日 ( 歳)
	住所	〒 ー 交野市	電話番号	
申請金額		円 (上限 30 万円)		
過去の助成状況		今までに交野市で不育症治療に対する助成金交付を受けたことがありますか。 ない ・ ある →【ある場合】( )年( )月		

私は、妻に対する助成金の対象者であるかの要件確認のため、私の住民基本台帳等を閲覧されることに同意します。

配偶者(夫)	フリガナ		生年月日	昭和 平成
	氏名			年 月 日 ( 歳)
	住所	〒 ー 交野市	電話番号	

助成金の支払いについては、次の口座に口座振替されるように依頼します。

振込希望 金融機関	銀行・農協 信用金庫		本店 支店						
	普通	口座番号							
	口座名義 (カタカナ)								

.....職員記入欄.....

妻	転入日	年 月 日
	転出日	年 月 日
夫	転入日	年 月 日
	転出日	年 月 日

助成可能額	円
交付決定額	円
同一年度内 次回助成可能額	円
備考欄	

担当者  
確認印

受付印

添付書類

交野市不育症治療内容証明書(様式第2号)	
医療機関等発行の領収証書(原本)	
婚姻確認書類(戸籍抄本・謄本)	
明細書	受付者