

申請1回につき、1枚の申請書兼請求書が必要です。(※1枚の医師の証明書に1枚の申請書が必要です。)

申請者 〒520-0047
住所 大津市浜大津四丁目1番1号
氏名 大津 花子
電話 077-528-2748
日中の連絡先(携帯) 090-1234-5678

大津市不妊に悩む方への特定治療支援事業実施要綱第10条第1項の規定により、助成金の交付について次のとおり申請し、及び請求します。

Table with columns for 対象者 (夫: 大津太郎, 妻: 大津花子), 住所, 過去にこの特定不妊治療費の助成金を受けたことがありますか (あり), 口座振込先金融機関 (大津銀行), 支店名 (本店・支店・出張所), 口座番号 (123456), 口座名義人 (大津花子).

注意: 訂正箇所には全て訂正印(申請者欄に押印した印鑑)をお願いします。

\*裏面の「申請書」を読み
私たちが
等
口座名義人名は申請者の口座を記入してください。
※ゆうちょ銀行の場合
通帳見開きの使用欄の【店名】漢数字、【口座番号】を記載してください。
※その他銀行の場合
金融機関名(株式会社)、支店名(お取引店)、口座番号を記載してください。

口座名義人名は申請者の口座を記入してください。

申請者欄の押印と同一で...
大津太郎
大津花子

申請受付場所
□総合保健センター
□郵送
□すこやか相談所
和邇・堅田
比叡・中

ホワイト・修正液での訂正した申請書は受付できません。
訂正箇所にはすべて訂正印(申請者欄に押印した印鑑)をお願いします。

所得確認
市
決定金額
合計