

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。)

悩む方への特定治療支援事業申請書

令和〇年 1月 1日

申請者 住所 〒520-0047 大津市浜大津四丁目1番1号
(口座名義人と同一) 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ます。

対象者	夫	フリガナ名 オオツ 太郎 大津 太郎	生年月日 1985年 1月 1日
	妻	オオツ ハナコ 大津 花子	1990年 2月 2日
住所	(単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合に記入) 〒		
過去に特定不妊治療費の助成を受けたことがありますか(他自治体での助成を含む。)	[あり]の場合、助成を受けた自治体・及びその助成回数を記入		
	なし・あり	自治体名 大津市	助成回数 (2)回
過去に男性不妊治療費の助成を受けたことがありますか(他自治体での助成を含む。)	()回		
	なし・あり	()回	
過去に特定不妊治療費又は男性不妊治療費の助成を受けたことがある方のみお答えください。 この助成は、1子ごとに6回(又は3回)受けることができます。過去に助成を受けた後、出生し、又は妊娠12週以降の死産に至った場合、助成回数がリセットされます。リセットの対象ですか。 → 【 はい ・ いいえ 】			
口座振込先金融機関	金融機関名	支店名	
	大津 銀行 金庫・農協	市役所 本店・支店・出張所・代理店	
	預金種別	口座番号	口座名義人(申請者と同一)
	普通・当座	123456	フリガナ名 オオツ ハナコ 大津 花子

*裏面の「確認すべき事項」を必ずお読みください。

私たちは、大津市不妊に悩む方への特定治療支援事業の助成金交付要綱、申請書、口座振込先金融機関の口座名義人名は申請者の口座を記入してください。と台帳及び市税等に関する公簿を閲覧し、本市に照会・回答することに同意します。

夫 大津 太郎
妻 大津 花子

口座名義人名は申請者の口座を記入してください。

大津市処理欄

口座名義人名は申請者の口座を記入して下さい。

住 定 日	※ゆうちょの場合 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。	交付場所	<申請受付日>
住 民 票 照	※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。	すこやか相談所	
婚 姻 年 月		者:	
履 歴 (前 市)		円	
補 助 事 業			
市 交 付 決 定 金 額	合計	金	円