

(様式第1号)

大津市不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 大津市長

申請者 〒520-0047

住 所 大津市浜大津四丁目1-1

(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

大津市不育症治療費助成金交付要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

対象者	氏 名		生 年 月 日			
	夫	大津 太郎	昭和	平成	51年	1月 1日
妻	大津 花子	昭和	平成	51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)
〒

過去にこの不育症治療費の助成を受けたことがありますか。

ない・ある → 過去(1)回受けた 前回の申請(平成27年 5月)

振込先口座 金融機関	金 融 機 関 名		支 店 名	
	大津	銀行・信金・農協	市役所	本店・支店 出張所
	預金種別	口座番号	口座名義人	
	普通・当座	1234567	フリガナ 氏 名	オオツ ハナコ 大津 花子

注意: 訂正箇所には必ず訂正印(申請者欄に押印した印鑑)を押印してください。

どちらかを○で囲んでください。

口座名義人名は申請者の口座を記入してください。

※裏面を必ずお読みください。

私たちは、大津市不育症治療費助成金の交付要件の確認のため、大津市長が住民基本台帳及び市税等に関する公簿を閲覧し、及び調査することに同意します。

氏 名 夫 大津 太郎

妻 大津 花子

(申請者欄と同じ印鑑で押印してください)

大津印
大津印

大津市処理欄

加入 医療保険	夫	市国保・その他保険	申請受付場所	大津市保健所健康推進課・郵送 和邇・堅田・比叡・中・膳所・南・瀬田
	妻	市国保・その他保険		
書類 確認欄	<input type="checkbox"/> 住基確認(年 月 日)		<申請受付日>	
	<input type="checkbox"/> 婚姻関係を証する書類(主婦が同一世帯でない場合)			
単身赴任者 等確認欄	本籍地が大津市以外の場合は、戸籍謄本等が必要			
	保険適用内		保険適用外	
経費所要額	金	円	金	円
市交付決定金額	金	円	金	円
			合 計	円

※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。