

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

押印してください。

申請者の自筆でご記入ください。

所 〒520-0047 大津市浜大津四丁目1番1号

名 大津 花子

大津

電話 077-528-2748

日中の連絡先(携帯) 090-0000-5678

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。

Table with columns for Applicant (夫/妻), Address, Birth Date, and Bank Information. Includes handwritten entries for '大津 太郎' and '大津 花子'.

私たちは、大津市不育症治療費助成金の交付要件の確認

振込先の口座は、申請者の口座をご使用ください。

- (1)住民基本台帳等に関する公簿を閲覧し、調査し、又は
(2)他の市町村に対し、本申請に係る不育症治療に対する助成金の交付の有無について照会すること。
(3)不育症治療を行う医療機関に対し、本申請に係る不育症治療の内容について照会すること。

氏名 夫 大津 太郎

妻 大津 花子

大津市処理欄

Table for processing details including insurance status, application location, document confirmation, and cost breakdown.