

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

(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。

対象者	夫	氏名 大津 太郎	生 年 月 日 昭和・平成 52年 1月 1日
	妻	氏名 大津 花子	生 年 月 日 昭和・平成 53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金を受けたことがありますか(他自治体での助成を含む。) なし・あり	[あり]の場合助成を受けた自治体、受けた年度及び助成回数を記入		
	自治体名	年度及び助成回数	
	京都府	24年度 ( 1 )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。) なし・あり	大津市	31年度 ( 1 )回	
		年度 ( )回	
口座振込先 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	1 2 3 4 5 6	フリガナ 大津 花子 氏 名

注意：申請書には全て訂正印(申請者欄に押印した印鑑)をお願いします。

\*裏面の「お読みください」を必ずお読みください。

私たちは、不妊に悩む方への特定治療支援事業の助成金交付要件の確認のため、世帯基本台帳及び市税等に関する情報を照会し、及び他自治体に照会・回答することに同意します。

口座名義人名は申請者の口座を記入してください。

口座名義人名は申請者の口座を記入して下さい。

※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。

※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。

大津 太郎

大津 花子

(申請者欄の押印と同一であることを確認してください。)

申請受付場所

<申請受付日>

総合保健センター

郵送

すこやか相談所

和邇・堅田

比叡・中

膳所・南・瀬田

所得確認

夫

円

妻

円

合計

その他の分

合計

金

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。

市交付  
決定金額

その他の分

合計

金

円