

吹田市不妊治療に係る自己負担額助成金申請書兼口座振込依頼書

吹 田 市 長 宛

申請年月日 年 月 日

関係書類を添えて、下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。また、助成金は次の口座に振り込んでください。

- ・本申請書の記載事項に相違ありません。
- ・本申請書記載の「本事業の受給の有無」について、助成の適正を判断するために必要な場合は、吹田市が他の自治体へ照会することについて同意します。
- ・助成金の決定にあたり、以後市職員が私の世帯の情報及び所得金額等について調査することに同意します。

申請者氏名 ⑤ 配偶者氏名 ⑤

注) 太枠の中をご記入ください。

申請者	フリガナ			生年月日及び年齢
	氏名	⑤		昭和 平成 年 月 日 (歳)
	住所	〒		電話番号 ()
配偶者	フリガナ			生年月日及び年齢
	氏名			昭和 平成 年 月 日 (歳)
	配偶者住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒	電話番号 ()
過去の特定不妊治療助成費の受給の有無 (男性不妊治療分除く) なし ・ あり → 過去 () 回受給した 助成を受けた時期及び回数: 年度 (回)、自治体名: 都・道・府・県、 市 助成を受けた時期及び回数: 年度 (回)、自治体名: 都・道・府・県、 市 (男性不妊治療分) なし ・ あり → 過去 () 回受給した 助成を受けた時期及び回数: 年度 (回)、自治体名: 都・道・府・県、 市 助成を受けた時期及び回数: 年度 (回)、自治体名: 都・道・府・県、 市				
治療を受けた指定医療機関の名称及び治療の開始・終了日は、吹田市不妊治療に係る自己負担額助成金に係る受診等証明書のとおり				
申請金額	男性不妊治療以外		円	
	男性不妊治療		円	
	合計 (交付申請額)		円	
(申請者の口座に限る)	金融機関名	銀行 金庫 農協	支店・出張所名	本店 支店 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	(フリガナ) 口座名義 ※申請者の口座に限る。配偶者不可。	
	口座番号			左詰で記入してください。

- (添付書類) ①吹田市特定不妊治療費助成事業受診等証明書 ②特定不妊治療に要した費用の領収書
 ③申請日の属する年 (1月から5月の間に申請する場合は、その前年) の1月1日に本市に居住していない者にあつては、申請者及び配偶者に係る市町村民税課税証明書 ④特定不妊治療開始日に婚姻していることを証する書類
 ⑤振込先の口座がわかるもの (申請者名義の口座に限る)