

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 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 保健 花子 ④ 配偶者氏名 保健 太郎 ④

注) 太枠の中をご記入ください。

申請者	フリガナ	申請者は夫、妻どちらでもかまいません		生年月日及び年齢	昭和 平成	元年	●●	月	●●	日	(●●歳)
	氏名	保健	花子	④	電話番号	(080)	-	△△△△	-	▲▲▲▲	
配偶者	住所	〒564-0072 吹田市出口町19-3		生年月日及び年齢	昭和 平成	元年	○	月	○	日	(○○歳)
	電話番号	電話番号は日中に連絡が取れやすいものを記入してください		電話番号	(090)	-	□□□	-	■	■	■
申請金額	配偶者住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		指定不妊治療助成費の受給の有無	なし	・	あり	→	過去	(1)	回受給した
	助成を受けた時期及び回数	平成30年度(1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	療分)	なし	・	あり	→	過去()回受給した
振込先	申請金額	申請金額は記入しないでください		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	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			
	振込先	金融機関名	吹田	銀行	金庫	農協	支店・出張所名	吹田	本店	支店	出張所
口座	預金種別	普通 当座		口座名義	(フリガナ)		ホケン ハナコ		保健 花子		
	口座番号	0 0 0 0 0 0 0 0		左詰で記入してください。							

捺印 (申請者) ④

過去に同様の助成金を受けた場合は受給履歴を記入してください。ない場合は「なし」に○をつけてください。

必ず申請者本人名義の口座を記入してください。配偶者名義や旧姓名義のものは不可です

↑

- (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 申請者及び配偶者の ④振込先の口座がわか