

枚方市不育症治療費用補助金交付申請書

年 月 日

(あて先) 枚 方 市 長

下記のとおり、枚方市不育症治療費用補助金交付要綱第 4 条に基づき、関係書類を添えて補助金の交付を申請します。

申 請 者	フリガナ		生 年 月 日				
	氏 名			年	月	日	生
	住 所	〒 573 - 枚方市		電 話 番 号			
申請金額		(上限 30 万円) , 0 0 0 円 (千円未満は切り捨て)					
過去の助成状況		今までに枚方市で不育症治療に対する補助金交付を受けたことがありますか。 ない・ある (年 月)					
(申請者名義の口座) 振 込 先	金融機関名				支店名		
	口座種別・番号	普通・当座					
	フリガナ						
	口座名義人						

【同意】

補助金交付要件(住所及び納税状況)の審査のため、私の住民基本台帳及び市税の納付状況に係る台帳の閲覧並びに必要な応じ医療機関等への問合せを枚方市が行うことに同意します。

申請者 _____

- 【添付書類】**
- ① 不育症治療内容証明書(様式第 2 号)
 - ② 不育症治療を行った医療機関等発行の領収書(原本)
 - ③ 申請者の健康保険証の写し
 - ④ 申請者の同意がない場合は、住民票と市税の完納証明書
 - ⑤ 振込先口座が確認できる預金通帳またはカードの写し
 - ⑥ 治療終了日が出産(死産)日の場合は、母子健康手帳等それを証明するもの

(受付印)