

枚方市不育症治療費用助成事業申請書

（あて先）枚方市長

		(ふりがな) 氏名		生年月日			
申請者	()				年	月	日
配偶者	()				年	月	日
申請者住所		郵便番号 (-)		電話 ()			
		枚方市					
配偶者住所		郵便番号 (-)		電話 ()			
申請状況		以下の確認項目にチェックを入れてください。 ①今までに本市で不育症治療費用助成（補助）金の交付を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> はい（平成・令和 年 月） <input type="checkbox"/> いいえ ②今回の治療費の助成金を、別の自治体で申請していない。 <input type="checkbox"/> はい ※別の自治体で申請している場合は申請できません。					
申請金額				, 0 0 0 円 (上限30万円/年度) (千円未満は切り捨て)			
振込先	金融機関名			銀行	本店		
				金庫	支店		
				農協	出張所		
	預金種別	普通当座	口座名義人(申請者)		(カタカナ)		
	口座番号						(右詰め記入)
関係書類を添えて上記のとおり不育症治療費の助成を申請します。 なお、枚方市が審査に必要な範囲で、住民基本台帳を閲覧すること、他の自治体における助成状況を照会すること、他の自治体からの照会に回答すること、治療内容等について実施医療機関に照会することについて、同意します。 年 月 日 夫婦それぞれの氏名をご自身で記入してください。 申請者 氏名 _____ 配偶者 氏名 _____							

(注)1 太枠の中を記入してください。

2 申請期限は治療が終了した日（出産（死産を含む）または流産の判定日）の属する年度の末日又は治療終了日から3カ月以内です。郵送の場合は消印日が申請日となります。

(添付書類)

- 枚方市不育症治療費用助成事業受診等証明書（様式第2号）
- 院外処方を受けた場合は薬局の領収書（原本）及び薬剤情報提供書等（薬の内容がわかるもの）
- 申請者及び配偶者の住民票
※枚方市で確認できる場合は提出不要。
- 夫婦であることを証明する書類（戸籍謄本（戸籍全部事項証明書）等）
- 事実婚関係にある夫婦については、両人の戸籍謄本及び「事実婚関係に関する申立書（様式第3号）」
※実施医療機関で婚姻関係が確認できている場合は(4)、(5)の提出は不要。
- 治療終了日が出産（死産）日の場合は、母子健康手帳等 ※枚方市で確認できる場合は提出不要。
- 申請者の振込口座が確認できるもの（通帳等の写し）