

(治療が終了した日の属する年度の翌年度の4月末日までに申請して下さい。)

寝屋川市不妊治療費等助成事業申請書

寝屋川市長 様

年 月 日

私(申請者)は、市が受給要件(住所、続柄等)を住民基本台帳等により確認すること、医療機関に対して治療等の内容を照会することについて同意し、必要書類を添付の上、不妊治療費等の助成を申請します。
 なお、申請内容等に偽りがあったり、不正な方法で助成を受けた場合は、直ちに市長に対し受領した金額を返還することを承諾します。

↓ 申請者は、夫婦どちらでも可 (※助成金は、申請者名義の口座に振り込みます。)				
申請者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒	電話番号	— —
				※日中に連絡が付きやすい番号を書いて下さい。
配偶者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒	電話番号	— —
				※日中に連絡が付きやすい番号を書いて下さい。
申請金額	金 円 (上限100,000円/年度)			
※申請金額を記入するにあたっては、必ず記入例を参照して下さい。 なお、加入している健康保険等から高額療養費や付加給付などの支給があった場合は、それを差し引いて申請して下さい。 ※金額を書き間違えた場合は、新しい用紙に記入し直して下さい。(訂正はできません。)				

※ 振込先口座は、必ず申請者名義のものを記入して下さい。				
振込先口座	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		(ふりがな)
	口座番号		口座名義人	
			左詰で記入してください。	

- * 添付書類
- ① 様式第2号 寝屋川市不妊治療費等助成事業受診等証明書
 - ② 振込先口座を確認できるもの(通帳のコピー等)
 - ③ (高額療養費や付加給付などがあった場合のみ) 支給決定通知書などの支給額が分かるもの

申請受付印欄	
--------	--

※ 記入にあたっては、必ず記入例を参照して下さい。