

茨木市不育症治療費助成金申請書兼請求書

（申請先）茨木市長

次のとおり、不育症の治療に係る費用の助成を関係書類を添えて申請します。

申請日		令和 年 月 日							
申請者	フリガナ			生年月日	昭和 平成 年 月 日				
	氏名	Ⓜ (自署の場合は押印不要)							
	住所	茨木市 電話番号 — —							
配偶者	フリガナ			生年月日	昭和 平成 年 月 日				
	氏名	Ⓜ (自署の場合は押印不要)							
	住所	茨木市 電話番号 — — <small>※申請者と異なる場合のみ記入してください。</small>							
今までの助成状況	今まで茨木市で不育症治療費の助成を受けたことが ない ・ ある								
	【ある場合】 () 年 () 月頃、 () 年 () 月頃								
不育症治療に要した費用 (A)		百	十	万	千	百	十	一	円
申請額 [(A) × 1/2 と 300,000円とのいずれか少ない額 (1,000円未満切り捨て)]		十	万	千	百	十	一	円	

助成金の交付を決定したときは、次の口座へ振り込んでください。

(申請先者口座名義)	金融機関名	銀行 金庫 農協	店名	本店 支店 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座		フリガナ
	口座番号	口座名義		

〔同意〕

助成要件の審査のために必要があるときは、私及び私の配偶者の住民基本台帳、市税の納付状況に関する情報を茨木市長が閲覧することに同意します。

また、関係医療機関に対し、治療の内容及び費用について茨木市長が確認することに同意します。

申請者

Ⓜ

配偶者

Ⓜ

(自署の場合は押印不要)

(自署の場合は押印不要)

確認
受付

受付印
