

豊中市不妊症治療費等助成事業申込書

豊中市長宛

00 年 00 月 00 日

1. 関係書類を添えて、下記のとおり不妊症治療費等の助成を申し込みます。
 なお、本申込みの審査に必要な範囲で、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、医療機関等に対して検査・治療等の内容を照会することに同意します。
2. 本申込みに係る検査・治療に対し、他の自治体の助成は受けません。

(注)太枠の中をご記入ください

		(フリガナ) 氏 名					生年月日			
申込者は夫婦いずれも可	申込者	(トヨナカ タロウ) 豊中 太郎					00 年 00 月 00 日			
	配偶者	(トヨナカ ハナコ) 豊中 花子					00 年 00 月 00 日			
申込者の住所		〒 560-0023 豊中市 岡上の町2-1-15					電話番号 06 (6858) 2800			
配偶者の住所 (※申込者と異なる場合のみ記入)		〒 豊中市					(例) 領収書の合計 68,000円の場合 申込金額は 50,000円になります。 領収書の合計 43,000円の場合 申込金額は 43,000円になります。			
申込金額合計		金 50,000								
振込先 (申込者又は配偶者の口座)	金融機関名	ゆうちょ					銀行 金庫協 農	支店・出張所名	二三八	本店 支店
	預金種別	普通 当座	(フリガナ) 口座名義人					(トヨナカ タロウ) 豊中 太郎		
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	左詰で記入してください。	
受付印 押印欄							申込受付 担当者			

配振
偶込
者の
口座
は申
込者
いず
れ又
は可