

豊中市不妊症治療費等助成事業申込書

豊中市長宛

年 月 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		()		年 月 日	
配偶者		()		年 月 日	
申込者の住所		〒 豊中市 電話番号 ()			
配偶者の住所 (※申込者と異なる 場合のみ記入)		〒 豊中市 電話番号 ()			
申込金額合計		金 _____ 円		※保険診療の一部負担金のみが対象になります。 ※食事療養費等は対象外です。 ※夫婦1組につき1年度に5万円が上限です。 ※申込みは1年度に1回のみです。	
振 込 先 (申込者又は配偶者の口座)	金融機関名			支店・出張所名	本店支店出張所
	預金種別	普通・当座	(フリガナ) 口座名義人	()	
	口座番号				左詰で記入してください。

受付印 押印欄		申込受付 担当者
------------	--	-------------