

泉大津市特定不妊治療費助成金交付申請（請求）書

泉大津市長様

関係書類を添えて、下記の通り特定不妊治療費助成金を申請します。

- ・本申請書の記載事項に相違ありません。
- ・本申請書記載の「大阪府助成金について」の状況確認が必要な場合や、助成の適否を判断するために必要な場合は、大阪府及び本市の住民登録所管課へ照会することについて同意します。

(夫婦それぞれ

申請者氏名 _____ 配偶者氏名 _____ 自署願います。)

(ふりがな) 夫の氏名		生年月日	年 月 日
(ふりがな) 妻の氏名		生年月日	年 月 日
夫婦の住所	泉大津市	電話番号	
(夫婦の住所が異なる場合記入してください) (夫・妻)の住所 泉大津市 電話番号			
府申請年度	①治療に要した費用 円		泉大津市の助成金申請額 (①-②) 5万円を限度とします
平成 年度	②大阪府の助成金額 (うち男性不妊治療分) 円 円		円
大阪府助成金 について	府承認通知日 平成 年 月 日	府登録番号 号	
振込希望 金融機関	銀行 農協 支店) (口座種別	普通 当座
		口座番号	
		口座名義 (カタカナ)	

支店名も必ず記入してください。ゆうちょ銀行に振込み希望の方で、店番号が分からない場合は、記号番号も記入してください。

(添付書類) ※コピーして返却します。

1. 大阪府不妊に悩む方への特定治療支援事業承認通知書（原本）
2. 大阪府不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書（コピー可）1部
3. 治療費の領収書原本（大阪府申請時に還付を受けておいてください）

泉大津市処理覧

申請 番号	平成 年度 No.	承認・不承認決定年月日 平成 年 月 日	交付金額 円
----------	--------------	-------------------------	-----------