

特定不妊治療費助成金交付申請（請求）書

申請先 熊取町長

関係書類を添えて、下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請（請求）します。

特定不妊治療費助成事業実施要綱第2条に規定する対象者の要件に該当するかを判断するため、住民基本台帳等を照会すること及び本申請書記載事項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、他の自治体へ照会することについて同意します。

申請者	ふりがな		生年 月日	年 月 日（ 歳）
	氏名	印		
	住所	〒 - 電話 ()		
配偶者	ふりがな		生年 月日	年 月 日（ 歳）
	氏名	印		
	住所	〒 - 電話 ()		
府申請年度 年度	①特定不妊治療に要した費用		熊取町の助成金申請額 (①-②)5万円を限度とします	
	円			
	②大阪府の助成金額		円	
	(うち男性不妊治療分)		円	
大阪府助成金 について	府承認通知日 年 月 日		府登録番号 号	
振込希望金融 機関 (申請者名義)	銀行 農協 信金 信組	支店 出張所名	本店 支店 出張所	
		預金種別	普通 当座	
		<input type="checkbox"/> 座番号		
		<input type="checkbox"/> ふりがな <input type="checkbox"/> 座名義人		

町記入欄

住民登録の有無	申請者 有・無 / 配偶者 有・無	法律上の婚姻関係の有無	有・無
妻の年齢要件	該当・非該当	所得要件	該当・非該当
助成対象治療費	助成対象治療費 円	助成金額	円