

池田市不育症治療費助成事業申請書

池田市長 様

私たちは、治療終了日の1年前から池田市に居住しており、申請日においても継続して池田市に居住しています。次のとおり、不育症の治療に係る費用の助成につき、関係書類を添えて申請します。

申請日		年 月 日																	
申請者 甲	フリガナ									生年月日	年 月 日								
	氏名																		
	住所	〒563- 池田市 電話番号 ()																	
申請者 乙	フリガナ									生年月日	年 月 日								
	氏名																		
	住所	〒563- 池田市 電話番号 ()																	
申請金額										金								円	(上限30万円)
治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日																	
振込口座		金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合 労働金庫・農協 本店・支店 支所・出張所																
		預金種目(番号に○印)					1. 普通 2. 当座												
		口座番号																	
		口座名義	(フリガナ) (お名前)																

添付書類

池田市不育症治療医療機関証明書		戸籍謄本	
領収書及び明細書の写し		事実婚関係申立書	
市税を滞納していないことを証明するもの			

同意	助成要件の審査のために必要があるときは、住民基本台帳、市税の納付状況に関する情報を池田市長が閲覧することに同意します。また、関係機関に対し、治療の内容及び費用について池田市長が確認することに同意します。		
	申請者(甲)	_____ (印)	配偶者(乙)

以下 職員記入

	市民となった日	納税確認	婚姻確認
申請者 甲	年 月 日		
申請者 乙	年 月 日		

決定年月日	年 月 日	交付・不交付
交付決定額	円	

確認	受付