

池田市不育症治療費助成事業申請書

池田市長 様

次のとおり、不育症の治療に係る費用の助成を関係書類を添えて申請します。

申請日		年 月 日	
申請者	フリガナ		生年 月 日
	氏名	Ⓜ	( )歳
	住所	〒563- 池田市 電話番号 ( )	
配偶者	フリガナ		生年 月 日
	氏名	Ⓜ	( )歳
	住所	〒563- 池田市 電話番号 ( )	
過去の状況		池田市で過去に不育症治療費の助成をうけたことが ない ・ ある 【ある場合】( )年( )月頃、( )年( )月頃	
申請金額		金	円 (上限30万円)
振込口座	金融機関名	銀行 本店 信用金庫 支店 信用組合 支所 労働金庫 出張所 農協	
	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)	
	ゆうちょ銀行	店番	
	預金種目(番号に○印)	1. 普通 2. 当座 3. その他	
	口座番号		
	口座名義	(フリガナ) (お名前)	
同意	助成要件の審査のために必要があるときは、私及び私の配偶者の住民基本台帳、市民税課税台帳及び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、関係医療機関に対し、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 _____ Ⓜ 配偶者 _____ Ⓜ		
市処理欄	市民年月日	年 月 日	年 月 日
	被保険者等確認	申請者	配偶者
	納税確認		
	婚姻確認	住基確認 ・ 戸籍謄本等	領収書・明細書
	医療機関証明書		
	決定年月日	年 月 日 交付 ・ 不交付	確認 受付
	交付決定金額	円	