

様式第1号(第6条関係)

生駒市不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

(宛先) 生駒市長

生駒市不育症治療費助成事業実施要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

申請日		令和 年 月 日					
申請者	フリガナ 氏名	印		生年月日	昭和 平成	年 月 日	
	住所	生駒市 電話番号() -					
配偶者	フリガナ 氏名	印		生年月日	昭和 平成	年 月 日	
	住所	生駒市 ※申請者と異なる場合のみ記入してください。電話番号() -					
今までの助成状況	当該年度に生駒市以外の市町村で、この不育症治療費の助成を受けていますか？						
	・なし ・あり(市町村名:)						
	今まで生駒市で不育症治療費の助成を受けたことがありますか？ なし ・ あり						
不育症治療に要した費用(A)		【ある場合】()年()月頃、()年()月頃					
申請額【(A)×1/2と150,000円とのいずれか少ない額(1,000円未満切り捨て)】		0 0 0 円					

注意 : 訂正箇所には、全て訂正印(申請者欄に押印した印鑑)を押印してください。
金額記入欄は市で記入しますので空けておいてください。記入後に訂正が必要な場合、
金額の訂正には訂正印が使えないので新しい用紙への記入が必要となります。

助成金の交付を決定したときは、次の口座へ振り込んでください。

振込(申請者名義先口座)	金融機関名	銀行 信金 農協	店名	本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座		フリガナ
	口座番号	口座名義		

【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生駒市長が閲覧することに同意します。また、医療機関等関係機関に対し、治療内容や費用、および助成状況等について健康課職員が確認することに同意します。(申請者欄と同じ印鑑で押印してください。)

申請者 _____ 印 配偶者 _____ 印

生駒市処理欄	市民年月日	年 月 日			年 月 日	
	被保険者等確認	申請者	配偶者			
	所得・納税確認					
	婚姻確認	住基確認・戸籍謄本等				
	医療機関証明	□		領収書・明細書	確認	受付
	決定年月日	年 月 日		交付・不交付		
	交付決定額	円				