

(注) 1 太枠の中を記入してください。
2 申請できる期限は1回の治療が終了した日の属する年度内です。

助成金の交付を決定した時は、次の口座へ振り込んでください。

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、医療機関や、ご加入の健康保険組合等の関係機関に対し、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。

配偶者

市民年月日	申 請 者	年 月 日			配 偶 者	年 月 日	決定年月日
被保険者等確認							年 月 日
納税確認							交付・不交付
医療機関証明		確認			交付決定額	円	