

富田林市不育症治療費助成事業申請書

年 月 日

富田林市長 様

下記のとおり、不育症治療費の助成を申請します。なお、市が受給要件（住所、続柄等）を住民基本台帳等により確認することに同意します。

申請者	ふりがな						生年月日	年 月 日生（ 歳）											
	氏名	印																	
	住所	〒 -					電話番号（ ）												
配偶者	ふりがな						生年月日	年 月 日生（ 歳）											
	氏名	印																	
	住所	〒 -					※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		今まで富田林市で不育症治療費の助成を受けたことが ない ・ ある																	
		【ある場合】（ ）年（ ）月頃、（ ）年（ ）月頃																	
申請金額		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">金</td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;">円</td> </tr> </table>							金									円	（上限30万円）
金									円										
振込先口座 （申請者名義）	金融機関名	銀行 金庫 農協			支店 出張所名		本店 支店 出張所 店番号【 】												
	預金種別	普通 当座		ふりがな 口座名義人															
	口座番号								（左詰記入）										

※ 添付書類 今回の治療に係る医療機関発行の領収書及び明細書（裏面添付又は別添）

市記入欄

担当者	様式第2号 (受診等証明書)	領収書	住基確認	支給・不支給