様式第１号

四條畷市不育症治療費助成事業申請書

年　　月　　日

（宛先）四條畷市長

関係書類を添えて次のとおり不育症治療費の助成を申請します。

なお、四條畷市が審査に必要な範囲で、住民基本台帳を閲覧すること、当該調査で確認できない場合は申請者が必要な書類を提出すること、他の自治体における助成状況を照会すること、他の自治体からの照会に回答すること、検査及び治療内容等について実施医療機関及び調剤薬局等に照会すること、及び申請にあたって本事業実施要綱に遵守することについて、同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名及び住所  申請者の | フリガナ  氏　名 |  | | | | | 年　　月　　日生(　　　歳) | | | | |
|  | | | | |
| 住　所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　(　　　　) | | | | | | | | | |
| 過去に受けた本市における不育症  治療費の助成 | | * 不育症治療費の助成を受けたことはない * 本市において不育症治療費の助成を受けたことがある | | | | | | | | | |
| 申請金額 | | \　　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | |
| 振込口座申出欄 | ＊助成金の振込口座は申請者名義の口座に限ります。 | | | | | | | | | | |
| 金　融  機関名 | 銀行  金庫  農協 | | | | | 支　　店  出張所名 | | 本　店  支　店  出張所 | | |
| 預金  種別 | 普　通　・　当　座 | | | | | (ふりがな)  口座名義人 | | (　　　　　　　　　　　　　) | | |
| 口座  番号 |  |  |  |  |  | |  | |  | 右づめで記入してください |

|  |
| --- |
| 受付年月日・受付保健センター |
|  |

※申請の際は、以下の書類も添えて提出してください。

※訂正は「＝（二重線）」で訂正してください。

　ただし、申請金額の訂正はできませんので、ご注意ください。

※申請される際に本人確認を実施します。運転免許証や資格確認書など

本人確認ができるものを持参してください。

(添付書類)

* 四條畷市不育症治療費助成事業受診等証明書
* 事実婚関係に関する申立書(事実婚のみ)
* 実施医療機関が発行する領収書、診療明細書及び調剤明細書(原本)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 四條畷市  記入欄 | * 検査・治療期間及び申請時に四條畷市に住所を有している * 婚姻関係を確認 * 他自治体で同様の助成を受けていないことを確認 | | | | 受理年月日 | 年　　月　　日 | |
| 決定年月日 | 年　　月　　日 | |
| 上記の申込者については、不育症治療費の助成対象者であると認められるので、助成金を交付してよろしいか。 | | 課　長 |  | | | 担当者 |
|  |  |
| 審査結果 | 承認　・　不承認 | 交付決定額 | 円 | | | |
| 振込予定日 | 年　　月　　日 | | | |