

堺市特定不妊治療費助成申請書

年 月 日

堺市長殿

特定不妊治療費の助成を受けたいので、堺市特定不妊治療費助成事業の実施に関する要綱第5条の規定により、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

また、この助成を適正に行うために必要な場合は、私に関する特定不妊治療について、堺市が次の事項を行うことに同意します。

- (1) 特定不妊治療に係る助成の状況について、他の公共団体に照会し、及び回答すること。
- (2) 指定医療機関に対して特定不妊治療の内容等の照会等を行うこと。

申請者	ふりがな				生年月日	
	氏名	(印)			年 月 日生(歳)	
	郵便番号			電話番号		
	住所					
配偶者	ふりがな				生年月日	
	氏名				年 月 日生(歳)	
	郵便番号			電話番号		
	住所					
前回までの特定不妊治療費助成の有無(堺市におけるものを含む。)						
有	年 月	自治体名()	年 月	自治体名()	年 月	自治体名()
	年 月	自治体名()	年 月	自治体名()	年 月	自治体名()
	年 月	自治体名()	年 月	自治体名()	年 月	自治体名()
	年 月	自治体名()	年 月	自治体名()	年 月	自治体名()
	年 月	自治体名()	年 月	自治体名()	年 月	自治体名()
	年 月	自治体名()	年 月	自治体名()	年 月	自治体名()
申請金額		金		円	※1回の治療につき150,000円まで。	
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所	
	預金種別	普通・当座		ふりがな		
	口座番号			口座名義人		
				(左詰で記入してください。)		

注意

- 1 配偶者の住所の欄は、単身赴任等で申請者と住所が異なる場合に記入してください。
- 2 該当するものに○印を付けてください。
- 3 振込先は、申請者の口座に限ります。
- 4 次の書類を添付してください。(※詳細は「特定不妊治療費助成制度」申請案内をご参照ください。)
 - (1) 堺市特定不妊治療費助成事業に係る受診等証明書(様式第2号)
 - (2) 申請時において、堺市内に住所を有し、法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明する書類(3ヶ月以内に発行されたもの)
 - (3) 夫及び妻の所得額を証明する書類
 - (4) 医療機関が発行する領収書等

* 記入しないでください。

申請		連絡		子ども育成課	
受付		事項		受理日	
センター印					