

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7項第1号の規定により、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				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。) (男性不妊治療分除く) 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() ・ 無 年 月 自治体名() 年 月 自治体名() (男性不妊治療分) 有 年 月 自治体名() 年 月 自治体名() ・ 無						
申請額 (男性不妊治療分除く) 金				円		
申請額 (男性不妊治療分) 金				円		
申請額 合計 金				円		
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 口座名義人		
	口座番号	(右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。

* 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				