

八尾市不育症治療費等助成事業申請書（治療費）

年 月 日

（あて先）八尾市長

次のとおり、不育症の治療に係る費用の助成を関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日（ 歳）			
	氏名						
	住所	〒 581 - 八尾市		電話番号			
治療終了理由		<input type="checkbox"/> 出産（母子健康手帳など出産したことを証明する書類の写しを添付） <input type="checkbox"/> 流産（ 年 月 日頃） <input type="checkbox"/> 死産（ 年 月 日頃）					
申請金額		不育症治療費用 _____円 様式第2号② 添付 ※検査費用を含む治療費用の助成合計金額は1年度につき30万円を上限とします。					
過去の助成状況		今までに八尾市で不育症治療等に対する助成金の交付を受けたことがありますか。 ない ・ ある 【ある場合】 年 月					
振込先 <small>（※申請者名義の口座）</small>	金融機関名				支店名		
	口座種別・番号	普通 ・ 当座					
	フリガナ						
	口座名義人						

【同意】助成要件の審査のため、私の住民基本台帳閲覧及び必要に応じ医療機関への問合せを八尾市が行うことに同意します。

申請者 _____

申請受付印	申請受付者