

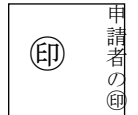
交野市不育症治療費用補助金交付申請書

年 月 日

(あて先) 交野市長

私(申請者)は、対象であるかの要件(住所等)の確認のため、住民基本台帳等を閲覧されること及び必要があるときは医療機関に問い合わせを行うことに同意し、次のとおり必要書類を添付のうえ、不育症治療費等助成の申請及び請求をします。

また、助成金の交付が決定された場合は、助成金の交付を請求しますので、下記の口座に振り込んでください。なお、申請内容等に偽りがあったり、不正な方法で助成を受けた場合は、助成の決定を取消し、直ちに市長へ対し受領した金額を返還することを承諾します。



(以下の太枠内をご記入ください)

申請者情報表: フリガナ, 氏名, 住所, 生年月日, 電話番号, 申請金額, 過去の助成状況

私は、妻に対する助成金の対象者であるかの要件確認のため、私の住民基本台帳等を閲覧されることに同意します。

配偶者(夫)情報表: フリガナ, 氏名, 住所, 生年月日, 電話番号

○下記金融機関への振り込みを希望し、その受領に関する権限を口座名義人に委任します。

(上記申請者以外の口座に振り込みを希望する方は右側にも委任同意の捺印をお願いします) (印)

振込希望金融機関表: 銀行・農協信用金庫, 本店支店, 普通, 口座番号, 口座名義(カタカナ)受給者本人

.....職員記入欄.....

婚姻確認表: 妻, 夫, 住基確認・戸籍謄本等

助成可能額表: 助成可能額, 交付決定額, 同一年度内次回助成可能額



添付書類表: 交野市不育症治療内容証明書(様式第2号), 医療機関等発行の領収証書(原本), 明細書

備考欄

