

忠岡町特定不妊治療費助成金交付申請（請求）書

忠 岡 町 長 様

関係書類を添えて、下記のとおり特定不妊治療費助成金を申請します。

- ・本申請書の記載事項に相違ありません。
- ・本申請書記載の「大阪府助成金について」の状況確認が必要な場合や、助成の適否を判断するために必要な場合は、大阪府及び本町の住民登録所管課へ照会することについて同意します。

申請者氏名 _____ ④ 配偶者氏名 _____ ④ (夫婦それぞれ自署願います)

(ふりがな) 夫の氏名	()	生年月日	年 月 日
(ふりがな) 妻の氏名	()	生年月日	年 月 日
夫婦の住所	忠岡町		電話番号
(夫婦の住所が異なる場合記入してください) (夫・妻)の住所 忠岡町			電話番号
府申請年度 年度	①治療に要した費用 円	②大阪府の助成金額 円	忠岡町の助成金申請額 (①-②) 5万円を限度とします 円
大阪府助成金 について	府承認通知日 年 月 日		府登録番号 号
振込を希望する 金融機関	銀行 金庫 農協 支店		口座名義 (申請者と同じ) フリガナ () 名義名
	口座種別	普通 ・ 当座	
	口座番号		

(添付書類) コピーしてお返しします。

1. 大阪府不妊に悩む方への特定治療支援事業承認通知書 (原本)
2. 大阪府不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書 (コピー可) 1部
3. 治療費の領収書原本

忠岡町処理欄

申請番号 年度 No.	承認・不承認 決定年月日 年 月 日	交付金額 円
----------------	-----------------------	-----------