

枚方市不妊治療ペア検査費用助成事業申請書

(あて先) 枚方市長

( ふりがな ) 氏 名		生 年 月 日					
申請者	( )	年 月 日					
配偶者	( )	年 月 日					
申請者住所	郵便番号 ( 573 - )		電 話 ( )				
枚方市							
配偶者住所	郵便番号 ( - )		電 話 ( )				
<small>(※申請者と異なる場合のみ記入)</small>							
検査開始日	年 月 日						<small>(夫または妻の検査開始日のいずれか早い日)</small>
検査終了日 <small>(一連の検査の最後の検査日)</small>	最後の検査日			年 月 日		最後の検査の結果説明日	
年 月 日		年 月 日					
申請状況	以下の確認項目にチェックを入れてください。 ①今回の不妊症の検査は夫・妻両方とも検査を受けた <input type="checkbox"/> はい ※やむを得ない場合を除き、夫婦ともに検査を受けていることが助成の条件です。 <input type="checkbox"/> いいえ (理由 ) ②今回の検査の助成金を、別の自治体等で申請していない <input type="checkbox"/> はい ※別の自治体で申請している場合は申請できません。						
申請金額	円 (上限5万円 夫婦1回限り)						
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	( フリガナ )	( )			
	口座番号						(右詰め記入)
関係書類を添えて上記のとおり不妊治療ペア検査費用の助成を申請します。 なお、枚方市が審査に必要な範囲で、住民基本台帳を閲覧すること、他の自治体における助成状況を照会すること、他の自治体からの照会に回答すること、検査内容等について実施医療機関に照会することについて同意します。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> 夫婦それぞれの氏名をご自身で記入してください。 申請者 氏名 _____ 配偶者 氏名 _____							

(注)1 太枠の中を記入してください。

(添付書類)

- 枚方市不妊治療ペア検査費用助成事業受診等証明書 (様式第2号)
- 申請者及び配偶者の住民票 ※枚方市で確認できる場合は提出不要。
- 夫婦であることを証明する書類 (戸籍謄本 (戸籍全部事項証明書) 等)
- 事実婚関係にある夫婦については、両人の戸籍謄本及び「事実婚関係に関する申立書 (様式第3号)」  
※実施医療機関で婚姻関係が確認できている場合は(3)、(4)の提出は不要。
- 申請者の振込口座情報が確認できるもの (通帳等の写し)