

様式第1号（第5条関係）

太子町特定不妊治療支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

太子町長 様

年度において、太子町特定不妊治療支援事業助成金を下記のとおり受けたいので、

太子町特定不妊治療支援事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

※ 太枠内のみ記入してください。

申請者等の氏名及び住所	申請者	フリガナ 氏名（自署してください。） ⑩	生年月日	年 月 日 ( 歳)
	配偶者	フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日 ( 歳)
	申請者住所	〒 太子町	電話番号 自宅 携帯	— — — —
	配偶者住所	〒 太子町	電話番号 自宅 携帯	— — — —
助成金申請額	①特定不妊治療に要した費用	円	②大阪府不妊に悩む方への特定治療支援事業助成金	円
	助成金申請額 (①-②)と50,000円とを比較していずれか少ない方の額		円	
太子町特定不妊治療支援事業実施要綱第2条に規定する対象者の要件に該当するかを判断するため、住民基本台帳等を照会すること及び本申請書記載事項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、大阪府への照会について同意します。				
申請者署名(自署)		配偶者署名(自署)		
振込先金融機関	銀行 農協 信用組合	支店 本店 営業所	預金種別	普通・当座
	口座番号	(フリガナ)		
	口座名義			

(添付書類等)

- 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）
- 特定不妊治療費の領収書（原本）
- 振込先の金融機関の口座名義、口座番号を確認できるもの（通帳）、認印

受付欄	
-----	--