

様式第 1 号

摂津市不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

摂津市長 様

不育症の治療に係る費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	摂津市	電話番号	
配偶者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	摂津市	電話番号	
過去の助成状況	今までに摂津市で不育症治療に対する助成金の交付を受けたことが ある ・ ない			
	【ある場合】（ ）年（ ）月、（ ）年（ ）月			
不育症治療に要した費用の額		円		
申請額 (上限 3 0 万円・千円未満切り捨て)		, 0 0 0 円		

【同意欄】

私及び私の配偶者は、市が不育症治療費助成金の交付決定審査に必要な範囲において、私及び私の配偶者に係る住民基本台帳、市税・納税状況、国民健康保険料納付状況について調査・閲覧し、当該調査で確認できない場合は申請者が必要な書類を提出することに同意します。

また、市が医療機関に対して、治療の内容及び費用について確認することに同意します。

申請者 _____ 配偶者 _____

摂津市 処理欄	市民年月日	申請者	年 月 日	配偶者	年 月 日
	納税状況		納付 ・ 滞納		納付 ・ 滞納
	国保状況		納付 ・ 滞納 ・ 対象外		納付 ・ 滞納 ・ 対象外
	婚姻関係		住基確認 ・ 書類確認（戸籍謄本等）		
	受診等証明書		提出済 ・ 未提出	領収書・明細書	提出済 ・ 未提出
	今年度助成残額		, 0 0 0 円		
	決定年月日		年 月 日 / 交付 ・ 不交付		