

守口市不妊検査・治療費助成金 交付申請書

守口市長 様

令和 **6** 年度中に負担した不妊検査・治療費助成金について、「守口市不妊検査・治療費助成金交付要綱」に基づき、関係書類を添えて、助成金の交付を下記のとおり申請します。

1 申請者	フリガナ	モリグチ タロウ		生年月日	(38 歳)			
	氏 名	守 口 太 郎			1987	年	4 月 2 日	
	現 住 所	〒 570 - × × × × × 守口市 × × 町6丁目99番2-1221号						
	電 話 番 号	090-××××-××××						
2 配偶者	フリガナ	モリグチ ハナコ		生年月日	(36 歳)			
	氏 名	守 口 花 子			1988	年	9 月 1 日	
	現 住 所 (該当項目✓)	☒ 申請者と 同一住所 同一世帯	☐ 申請者と 同一住所 別世帯				☐ 申請者と別住所 守口市 (右に住所を記入)	
	電 話 番 号	080-××××-××××						
3 申請期限		令和 7 年 9 月 30 日		当該年度に負担した検査・治療費助成に関する申請期限は、翌年度の9月30日です				
4 申請金額		対象金額		対象金額の半額		申請金額		
※複数の医療機関分を申請する際は、全医療機関等分の総額を対象金額欄に記入		※【様式2】項番5右端 項番7右端の合計額		※小数点以下まで記入		100円未満 切り捨て		
		99,900 円		× $\frac{1}{2}$ = 49,950 円		⇒ 4 9 9 0 0 円		

助成金の支払いにあたっては、交付決定額を以下の口座に振込されるよう依頼します。

5 振込先	金融機関名	大阪		銀行	支店名		守 口			
				金庫			支店番号 (123)			
				農協						
	預金種別	普通	・ 当座	口座番号	1	2	3	4	5	6
	フリガナ	モリグチ タロウ								
	口座名義人 (申請者と同じ)	守 口 太 郎								

- 上の太枠内の項目を全て記入してください。
- 1 添付書類について
必須:【様式2 守口市不妊検査・治療費助成金申請に係る証明書】
※複数の医療機関(院外処方取扱薬局等を含む)分を申請する場合は、申請する全ての医療機関等に作成を依頼してください。
【上記の口座情報が分かるもののコピー】
- 2 年齢欄について
提出日時点の年齢を記入してください