

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    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<br>申請者 | ふりがな                                 |                                               |                                               |     | 生年月日                | (    歳 )         |   |   |
|          | 氏 名                                  |                                               |                                               |     |                     | 年                | 月 | 日 |
|          | 現 住 所                                | 〒 570 ー<br>守口市                                |                                               |     |                     |                  |   |   |
|          | 電 話 番 号                              |                                               |                                               |     |                     |                  |   |   |
| 2<br>配偶者 | ふりがな                                 |                                               |                                               |     | 生年月日                | (    歳 )         |   |   |
|          | 氏 名                                  |                                               |                                               |     |                     | 年                | 月 | 日 |
|          | 現 住 所<br>(該当項目✓)                     | <input type="checkbox"/> 申請者と<br>同一住所<br>同一世帯 | ■ : 下記項目に✓された方は婚姻関係の分かるもの(戸籍謄本等)の添付が必要です      |     |                     |                  |   |   |
|          |                                      | <input type="checkbox"/> 申請者と<br>同一住所<br>別世帯  | <input type="checkbox"/> 申請者と別住所<br>(右に住所を記入) | 守口市 |                     |                  |   |   |
|          | 電 話 番 号                              |                                               |                                               |     |                     |                  |   |   |
| 3 申請期限   | 令和    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   | ※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 | 対象金額                                          | 対 象 金 額 の 半 額                                 |     |                     | 申 請 金 額          |   |   |
|          |                                      | ※【様式2】項番5右端<br>項番7右端の合計額                      | ※小数点以下まで記入                                    |     |                     | ( 最 大 50,000 円 ) |   |   |
|          |                                      | $\times \frac{1}{2} =$                        |                                               |     | 100円未満<br>切り捨て<br>⇒ | 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<br>振込先 | 金融機関名             | 銀行<br>金庫<br>農協 |      | 支店名 | 支店番号 (                      ) |  |  |  |  |
|          | 預金種別              | 普通    ・    当座  | 口座番号 |     |                               |  |  |  |  |
|          | フリガナ              |                |      |     |                               |  |  |  |  |
|          | 口座名義人<br>(申請者と同じ) |                |      |     |                               |  |  |  |  |

- 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
- 【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

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<br>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 - × × × ×<br>守口市 × × 町 6 丁目 99 番 2 - 1221 号        |                                                                                               |                                        |          |                |         |  |
|                                                      | 電 話 番 号             | 090 - × × × × - × × × ×                                  |                                                                                               |                                        |          |                |         |  |
| 2<br>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<br>( 該当項目 ✓ ) | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と<br>同一住所<br>同一世帯 | <input type="checkbox"/> 申請者と 同一住所<br>別世帯 <input type="checkbox"/> 申請者と別住所 守口市<br>( 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<br>分を申請する際は、<br>全医療機関等分の<br>総額を対象金額欄<br>に記入 |                     | ※【様式2】項番5右端<br>項番7右端の合計額                                 |                                                                                               | ※小数点以下まで記入                             |          | 100円未満<br>切り捨て |         |  |
|                                                      |                     | 99,900                                                   |                                                                                               | × $\frac{1}{2}$ =                      |          | 49,950         |         |  |
|                                                      |                     | 円                                                        |                                                                                               |                                        |          | 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<br>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<br>番号 | 1   | 2 | 3            | 4 | 5 | 6 |
|          | フリガナ                | モリグチ タロウ |      |          |     |   |              |   |   |   |
|          | 口座名義人<br>( 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