

様式第 1 号（第 7 条関係）

泉佐野市不妊・不育治療費助成金申請書兼請求書

泉佐野市長 様

申請日 年 月 日

私は、泉佐野市不妊・不育治療費助成金を受けたいので、次のとおり、泉佐野市不妊治療支援事業実施要綱第 7 条の規定に基づき、関係書類を添えて申請及び請求します。

なお、審査に際し、私及び私の配偶者の住民登録及び戸籍に関する事項、税務に関する事項、検査及び治療に関する事項・健康保険の給付に関する事項についての情報提供を受けることを助成の要件とし、申請日以降 1 年以上継続して住民登録することを誓約します。

(太枠内を記入してください。)

申請及び請求者氏名欄兼同意・誓約署名欄	㊞			生年月日	昭・平年 月 日 (満 歳)	住民コード※
配偶者氏名欄兼同意・誓約署名欄	㊞	続柄	夫・妻	生年月日	昭・平年 月 日 (満 歳)	住民コード※
申請者住所	郵便番号 ー			連絡先	自宅 携帯電話	
配偶者住所	郵便番号 ー			連絡先	自宅 携帯電話	
加入医療保険（申請者）		【種別】 国保 ・ 健保 ・ 船員 ・ 共済 ・ その他（ ）				
加入医療保険（配偶者）		【種別】 国保 ・ 健保 ・ 船員 ・ 共済 ・ その他（ ）				
助成申請額	不妊治療に要した費用（夫婦合算額）			請求額（治療に要した費用×1/2 上限 50,000 円）		
	円			円		
泉佐野市での不妊・不育治療費助成回数 （ ） 回						
泉佐野市での助成回数のリセットを希望する場合						
出生による リセット	泉佐野市で助成を受けた後に 出生した児の生年月日 年 月 日			泉佐野市で助成を受けた後の 死産によるリセット		死産届の写し等死産児の死産の 事実が確認できる書面
振込指定口座	金融機関名			支店名		
	預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他		口座番号		
	口座名義	(カタカナで記入してください。)				

※市処理欄（受付番号）

住民登録の有無※	申請者 有 ・ 無 / 配偶者 有 ・ 無	法律上の婚姻関係の有無※	有 ・ 無
妻の年齢要件※	該当 ・ 非該当	市税の納税状況※	申請者 完納 ・ 未納 / 配偶者 完納 ・ 未納
助成対象治療費※	円	助成金額※	円