

別記
様式第 1 号（第 6 条関係）

年 月 日

（あて先）京田辺市長

申請者
氏 名
住 所
電話番号

京田辺市不妊治療等助成金交付申請書兼請求書

助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。
記

申請の 種類	<input type="checkbox"/> タイミング法等 <input type="checkbox"/> 不育治療等 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精等 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療 <input type="checkbox"/> 先進医療等（保険適用外）				
自己負担 金額	円 ※医療機関等証明書の作成費用を含む。				
受療者 本人	住民と なった日	年 月 日			
	加入 医療保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他（ ）		区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者
配偶者	氏名		住所	※申請者住所と異なる場合のみ記載	
過去の 助成金の 受給	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	自治体		時期	助成額
				年 月	円
				年 月	円
振込先 口座	金融機関名				預金種別
		銀 行 信用金庫 農 協		本 店 支 店 出張所	普通 当座
	口座番号			口座名義（カタカナ）	
添付書類	<input type="checkbox"/> 事実婚に関する申立書等（事実婚の場合に限る。） <input type="checkbox"/> 不妊治療医療機関等証明書 <input type="checkbox"/> 先進医療医療機関等証明書 <input type="checkbox"/> 不育治療等医療機関等証明書 ※保険薬局で投薬を受けた方は、医療機関の証明書とは別に薬局からの証明書を提出してください。				
同意事項	<input type="checkbox"/> 助成金の支給の審査に必要な範囲で、市が住民基本台帳等に関する公簿を確認することに同意します。				

※医療機関等証明書の内容を京都府に報告することに関する説明
この助成金は、限られた公費予算から支出を行っています。
また、京都府からの補助金の交付を受けて実施しており、公費の支出を検証するため
に、市から必要な事項を京都府に報告します。
なお、情報の取扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

※交付決定額
円