

## 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	住民となつた日	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					
		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 <small>※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。</small>					
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は、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