

小野市不育症治療費助成金支給申請書

年 月 日

小野市長 様

以下のとおり不育症治療費の助成を申請します。

この申請書の提出により、戸籍情報、住民情報並びに課税情報及び納税情報について、照会・調査されることについて同意します。なお、本申請に係る不育症治療について、小野市以外の地方公共団体に同様の申請をしていません。また、本申請後も小野市以外の地方公共団体に同様の申請を行いません。

本申請にあたり、以前居住していた自治体での助成の有無の確認を行うことに同意します。

申請者	本人（妻）	フリガナ（氏名） 昭和 年 月 日生（歳） 平成
	住所	〒 電話（ ）
	夫	フリガナ（氏名） 昭和 年 月 日生（歳） 平成
	夫の住所[※1]	〒 電話（ ）
申請額[※2]	金 _____ 円	過去通算 回目 前回申請 年 月
治療等期間[※3]	年 月 日 ~	年 月 日
振込先	金融機関名	銀行 本店 信用金庫・組合 支店 農協 出張所
	預金種別	普通 口座名義人 当座 (フリガナ) () 口座名義人
	口座番号	

※1：単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合に記入する。

※2：申請額は1年度につき20万円を限度とする。

※3：治療等期間は、4月1日から、翌年の3月末までを対象とします。

治療が終了していてもかまいません。

〈振込先が申請者本人以外の場合〉	委任状
(代理人) 住所	
氏名 (口座名義人)	
私は、口座名義人を代理人と認め、小野市不育症治療費助成事業の助成金の受領に関する一切の権限を委任します。	
小野市長 様	
年 月 日	住所
	氏名 (申請者本人自署)

(添付書類) 1：医療機関及び薬局が発行した不育症治療実施証明書(様式第2号、様式第3号)

2：領収書(不育症治療実施証明書の治療等期間及び金額と一致するもの)

<受付印>

--