

様式第1号（第6条関係）

大東市不育検査費・不育治療費助成金交付申込書兼請求書

年 月 日

（宛先）大東市長

（申込者兼請求者）住所

氏名

印

電話

大東市不育検査費及び不育治療費助成金の交付について、大東市不育検査費及び不育治療費助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり申し込みます。なお、助成金の交付決定に係る審査に当たり、市が保有する私たちの住民記録情報、市税の納付状況及び公的医療保険加入状況を確認することについて同意します。

また、当該助成金の交付の決定を受けた場合は、当該助成金について請求します。

対 象 者	夫	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日生
		氏 名			() 歳
	妻	フリガナ		年 月 日	年 月 日生
		氏 名			() 歳
連絡先 (※1)	〒 電話				
連絡先 (※2)	〒 電話				

※1 夫婦の住所を記入してください。

※2 夫婦が異なる場所に住所を有する場合に記入してください。

加 入 医 療 保 険	夫	被保険者・組合員 又は世帯主氏名		区 分	
		記 号		番 号	
		保 険 者 名		保 険 者 番 号	
		資 格 取 得 日			
	妻	被保険者・組合員 又は世帯主氏名		区 分	
		記 号		番 号	
		保 険 者 名		保 険 者 番 号	
		資 格 取 得 日			

振 込 先	金融機関		支店名	
	口座番号		種 別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> その他 ()
	口座名義人 (*カナで記入してください)			
助成金交付申込額及び請求額			円	