

様式第1号（第5条関係）

河南町特定不妊治療支援事業助成金交付申請書

年 月 日

河南町長様

年度において、河南町特定不妊治療支援事業助成金を下記のとおり受けたいので、河南町特定不妊治療支援事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

※ 太枠内のみ記入してください。

申請者等の氏名及び住所	申請者	フリガナ 氏名（自署してください。） ⑩	生年月日	年 月 日 (歳)
	配偶者	フリガナ 氏名（自署してください。）	生年月日	年 月 日 (歳)
	申請者住所	〒	電話番号 自宅 携帯	— — — —
	配偶者住所	〒	電話番号 自宅 携帯	— — — —
助成金申請額	①特定不妊治療に要した費用	②大阪府不妊に悩む方への特定治療支援事業助成金	助成金申請額 (①-②)と50,000円とを比較していずれか少ない方の額	
	円	円	円	
大阪府助成金承認済み回数	回	河南町以外の助成金受給の有無	有・無	(有の場合は自治体名と年度を記入) 年度 市・町・村
河南町特定不妊治療支援事業実施要綱第2条に規定する対象者の要件に該当するかを判断するため、住民基本台帳等を照会すること及び本申請書記載事項についての状況確認が必要な場合や、助成の適否を判断するために必要な場合は、大阪府をはじめ他の自治体への照会について同意します。 <p style="text-align: right;">申請者署名 ⑩</p>				

(添付資料)

- (1) 大阪府不妊に悩む方への特定治療支援事業承認通知書（原本）
- (2) 特定不妊治療費の領収書（原本）

(提示するもの)

- (1) 振込先の金融機関の口座名義、口座番号を確認できるもの（通帳）、認印

受付欄	
-----	--