

高槻市不育症治療費助成事業申請書

令和 年 月 日

(あて先) 高槻市長

受給要件(住所、続柄)を住民基本台帳等により確認されることに同意し、
次のとおり不育症治療費の助成を申請します。

申請者	ふりがな		昭和 平成										
	氏名	印	生年月日 年 月 日生(歳)										
	住所	〒 - 電話番号 ()											
配偶者	ふりがな		昭和 平成										
	氏名	印	生年月日 年 月 日生(歳)										
	住所	〒 - 電話番号 ()											
申請金額	<table border="1"> <tr> <td>金</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>円</td> </tr> </table> (上限30万円)			金									円
金									円				
振込先口座(申請者名義)	金融機関名	銀行 支店 出張所名		本店 支店 出張所									
	預金種別	普通 当座	ふりがな	店番号【 】									
	口座番号	(左詰記入)											

市記入欄

受理日				
承認日	承認・不承認	年	月	日
受付	安満	西部	郵送	

受給者番号	—
助成残額	円

申請書の記入にあたって

申請者について

- この申請書を利用して申請できるのは、原則、高槻市に住所を有する方に限ります。
- 申請者は、夫婦のうち夫でも妻でも構いません。いずれかで申請し、配偶者の欄も漏れなく記載してください。

申請金額について

- 1回の申請金額は、30万円が上限です。30万円未満の場合はその金額を、30万円以上の場合は300,000と数字で正確に記入してください。保険適用外の治療費が対象となりますので、文書作成料などは対象金額に含めることはできません。

振込口座について

- 助成金の振込口座は、申請者の口座に限ります。申請者以外の口座には振込みできません。
- 金融機関名、支店・出張所名は、省略せずに正確に記入してください。
預金種別は該当のものに○印を、口座名義人のふりがなは正確に記入してください。
- 記載事項に不明瞭もしくは誤りがあった場合、振込みが遅れることがあります。間違いのないようにご記入ください。

申請に必要な書類について

- 申請に関しての詳しい説明は、「申請案内」をご覧ください。
- この助成金は、限られた公費予算からの支出を行うため、1夫婦あたりの助成金額の上限が決められています。記載内容は正確にお書きください。
- 受診等証明書（様式第2号）は、医療機関の主治医等に記入してもらってください。
文書作成手数料は医療機関規定の費用が必要です。無料で交付されるものではありません。
- 領収書は、原本を提出してください。原本が必要な方は、お申し出くだされば原本照合のうえお返しします。

申請方法・期限について

- 治療終了後、すみやかに受診等証明書に治療を受けた医療機関で証明を受け、申請書及び必要書類をすべて添付し、子ども保健課まで申請してください。（※簡易書留での郵送も可とします。）
- 申請期限は、治療が終了した日（出産あるいは流産の判定日）から3ヶ月以内とします。

その他、ご不明な点は子ども保健課（TEL 072-648-3272）までお問い合わせください。