

様式第6号 (第8条関係)

大阪狭山市生殖補助医療費等助成金交付請求書

(あて先) 大阪狭山市長

年 月 日

年 月 日付け大狭 第 号で交付の決定を受けた大阪狭山市生殖補助医療費等助成金について、大阪狭山市生殖補助医療費等助成事業実施要綱第8条第1項の規定により、次のとおり請求します。

請求者等の氏名及び住所	請求者	フリガナ	生年月日・今回の治療開始時の年齢	年 月 日 (歳)
		氏名		
	配偶者	フリガナ	生年月日・今回の治療開始時の年齢	年 月 日 (歳)
		氏名		
申請者住所	〒	電話番号	—	—
配偶者住所	〒	電話番号	—	—
請求回数	<p>初めて治療を開始したときの妻の年齢区分に<input checked="" type="checkbox"/>をつけて、この生殖補助医療及び先進医療に係る助成金の請求が通算何回目か○をつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 40歳未満 (1回目・2回目・3回目・4回目・5回目・6回目)</p> <p><input type="checkbox"/> 40歳以上43歳未満 (1回目・2回目・3回目)</p> <p>過去の助成回数をリセットする場合は<input checked="" type="checkbox"/>をつけてください。 <input type="checkbox"/></p>			
請求金額	助成金交付決定額を記入 円			
振込口座(請求者の口座に限る。)	金融機関名	銀行 金庫 農協	支店名・出張所名	本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	フリガナ	
	口座番号 (左詰めで記入してください。)		口座名義人	