

年 月 日

伊根町長 様

申請者

住所 〒 -

伊根町字

氏名

電話番号

伊根町特定不妊治療等通院交通費助成金交付申請書

下記のとおり、関係書類を添えて特定不妊治療等通院交通費の助成を申請します。

1 治療期間 年 月 日から 年 月 日まで

2 申請金額 円

（参考：1 の治療期間に対する京都府の特定不妊治療費等助成事業助成金交付要綱による
通院交通費助成金の額 円）

3 振込先

振込先口座	金融機関名	銀 行 信 用 金 庫 農 協 信 漁 連			本店 支店
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	(フリカナ) 口座名義人				

- 【添付書類】 ☐ 京都府の特定不妊治療費等助成事業助成金交付要綱による通院交通費助成金交付決定通知の写し
- ☐ 京都府の特定不妊治療費等助成事業助成金交付要綱による通院交通費助成金内訳の写し
- ☐ 通院証明書（京都府特定不妊治療費助成申請時 書類の写し）
- ☐ 当該振込口座の写し

4 同意欄

本申請の審査に必要な範囲で、京都府の特定不妊治療費等助成事業助成金交付要綱による通院交通費助成について京都府に照会することに同意します。

氏名 印

※ 振込先口座は申請者名義の金融機関口座を記入してください。

※ ゆうちょ銀行の支店名は、漢数字で記入してください。