



西宮市長 宛

記載見本

令和6年8月5日

- 関係書類を添えて下記のとおり不妊症検査費の助成を申請します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、住民票等の確認を行うこと及び受診等証明書（様式第2号）の内容について医療機関に確認することに同意します。
- 本申請にあたり、以前居住していた自治体での助成の有無の確認を行うことに同意します。
- 本申請に係る検査に対し、他の自治体の助成を受けません。

		記	
申請者	氏名	(ふりがな) 氏名 (にしのみや たろう) 西宮 太郎	生年月日 昭和 61年 4月 2日生 (38歳) 平成
	妻	(にしのみや はなこ) 西宮 花子	昭和 3年 4月 1日生 (33歳) 平成
	住所	〒 662-0000 西宮市 ●●町 1-1△△マンション☆☆号室 日中連絡のとれる番号 (夫 妻) 電話 090 (****)****	
	住所	※夫と妻の住所が異なる場合のみ記入 (夫・妻) 〒 電話 ()	
検査にかかった費用の合計額 (保険適用外のもの) ① 金 円 ※訂正不可			
申請額 ①の7/10 金 円 ※訂正不可 (1円未満は切捨て・上限5万円)			
振込先	金融機関名	000	銀行 金庫 農協 本店支店出張所 (ゆうちょ銀行の場合、漢数字3桁)
	預金種別	普通当座	(ふりがな) 口座名義人 (にしのみや はなこ) 西宮 花子
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	(左詰記入)

※自署による署名をいただけない場合は別途住民票の写し(発行日から3か月以内のもの)の添付が必要

【様式第2号】受診等証明書の領収金額を記入 (複数の医療機関にわたる場合は合計金額)

申請者どちらかの名義の口座を記入 (旧姓不可)
※申請書の提出により申請者両方が記入の振込先への振り込みに同意したものとみなします

検査にかかった費用の合計額①に 7/10 を乗じた金額を記入
例) 検査にかかった費用の合計額①が 23,000 円の場合
23,000 円 × 7/10 = 16,100 円
※1円未満は切り捨て
※計算後の金額が上限5万円を超える場合は 50,000 円と記入