

西宮市不妊治療ペア検査助成事業申請書



西宮市長 宛

年 月 日

- 1 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。
- 2 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。
- 3 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		(ふりがな) 氏 名		生 年 月 日			
	夫	※自署 ()		昭和 平成	年	月	日生 (歳)
	妻	※自署 ()		昭和 平成	年	月	日生 (歳)
	住所	〒 西宮市		日中連絡のとれる番号 (夫・妻) 電話 ()			
	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	銀行 金庫 農協 (ゆうちょ銀行の場合、漢数字 3 桁)				本店 支店 出張所	
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人		()		
	口座番号						(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

西宮市使用欄

受給者番号						
受付確認欄				支給決定額		
<input type="checkbox"/> 住民 <input type="checkbox"/> 婚姻 ※事実婚の場合、戸籍謄本・申立書 <input type="checkbox"/> 申請額の確認 <input type="checkbox"/> 台帳入力				円		

受付印

