



# 尼崎市不妊治療ペア検査助成事業申請書

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、本申請に係る検査に対し、他の自治体の助成を受けません。

記

	(ふりがな) 氏名	生年月日	
夫	( ) *夫の自署	昭和 平成	年 月 日生 ( 歳)
妻	( ) *妻の自署	昭和 平成	年 月 日生 ( 歳)
住所1(※1)	〒 尼崎市 電話 ( )		
住所2(※2)	〒 単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住む場合など、夫婦の住所が異なる場合に記入		
申請者氏名	口座名義人の氏名を記入		
申請額 金 円	※申請額欄は二重線及び訂正印による修正不可		
申請額は空欄のまま窓口持参	年 月 日	書類提出日を記入	尼崎市 市長様
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人(※3)
	口座番号		(左詰記入)
同意書			
尼崎市 市長様			
私達夫婦は、不妊治療ペア検査費の助成申請の審査に関し、次に掲げる事項の調査に同意します。			
チェックつける	<input checked="" type="checkbox"/> 尼崎市に居住する法律上の夫婦であること (住民票での続柄確認) <input checked="" type="checkbox"/> 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		
	年 月 日	書類提出日を記入	
申請者氏名 (夫)		(妻)	

受給資格審査	決定年月日	支給決定額
<input type="checkbox"/> 住民確認 <input type="checkbox"/> 婚姻確認 →事実婚の場合 <input type="checkbox"/> 申立書	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 年齢</li> <li><input type="checkbox"/> 助成回数</li> <li><input type="checkbox"/> その他</li> </ul>	円

- ◆ 申請書の提出により、申請者両方が上記振込先への助成金の振込みに同意したものとみなします。
- ◆ 申請期限、助成要件等がございますので、あらかじめご確認ください。
- ◆ 申請時には振込先が確認できる通帳またはカードもご持参ください。
- ◆ お問い合わせは保健所 健康増進課 (TEL:06-4869-3033 FAX:06-4869-3049) までご連絡ください。