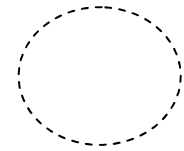


尼崎市特定不妊治療費助成申請書



関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

(ふ り が な) 氏 名		印 (1)	生 年 月 日		
夫	()	印	昭和 平成	年 月 日生 (歳)	
妻	()	印	昭和 平成	年 月 日生 (歳)	
住所 〒 -		電話 ()			
住所 〒 -		電話 ()			
申 請 額 (4) 金 _____ 円 今年度 _____ 回目の申請 前回申請 _____ 年 _____ 月 (尼崎市以外での申請を含む) 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <div style="text-align: right; font-size: 1.2em; font-weight: bold;">尼崎市長 様</div>					
振 込 先 (5) (6)	金融機関名	銀行 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	()	
口座番号					(左 詰 記 入)
同 意 書 (7)					
尼崎市長様 私達夫婦は、特定不妊治療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。 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) 夫婦それぞれの所得額 (住民税課税資料による確認) 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 申請者氏名 (夫) 印 (妻) 印 </div>					

受 給 資 格 審 査	決 定 年 月 日	支 給 決 定 額
住民確認 婚姻確認	年 月 日 承認 不承認 { <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> 所得制限超過 治療内容 その他 </div>	円