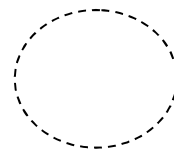


尼崎市不育症治療支援事業申請書



- 1 関係書類を添えて下記のとおり不育症検査及び治療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、戸籍、住民票及び所得証明書等の確認を行うことに同意します。
- 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 本申請に係る検査及び治療に対し、他の自治体の助成を受けません。

(ふりがな) 氏名		印	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 (※1)	〒 - 尼崎市		電話	()	
住所 (※2)	〒 -		電話	()	
申請額 金 _____ 円 令和 年 月 日 尼崎市長 様					
振込先 (※3)	金融機関名	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 営業所	店番
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	()	
	口座番号				

- 注1) 太枠の中をご記入ください。
 ※1: 夫婦の住所を記入する。
 ※2: 単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合に記入する。
 ※3: 口座名義人は申請者の個人名義であること。
 注2) 申請期限、助成要件等があるので、あらかじめご確認ください。

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	年 月 日 <input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 所得制限超過 <input type="checkbox"/> 治療内容 <input type="checkbox"/> その他 	円