

# 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並びに医療機関及び薬局に対し検査又は治療の内容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 尼崎市は、本事業の存続のため、兵庫県に対し、不育症治療の助成状況及びその効果に関して、個人を特定できる情報を消去した上で、報告を行うことがあります。尼崎市が不育症の治療等の結果について医療機関等に照会すること及びその結果を兵庫県に報告することに同意します。
- 4 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		生年月日	
夫	( ) *夫の自署	昭和 平成	〇年 〇月 〇日生 ( 〇歳)
夫婦それぞれが自署すること			
妻	( ) *妻の自署	昭和 平成	〇年 〇月 〇日生 ( 〇歳)
住所 (※1)	〒 660 - 0052 尼崎市七松町1丁目3番1-502号		電話 090 (1234) 5678
住所 (※2)	〒 - 单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	口座名義人氏名を記入		
申請額	金	申請額は窓口で確認の上、記載。 訂正不可のため、空欄で窓口にお越してください。	
令和 〇年 〇月 〇日	書類提出日を記入		
尼崎市長 様			
振込先 (※3)	金融機関名	〇 〇	銀行 信用金庫 農協
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	( )
		△ △	本店 支店 営業所
		1 2 3	店番
夫婦どちらかの個人名義を記入(口座名義人が申請者となります) ふりがなも必ず記入すること			

- 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: 单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。

- ◆ 申請書の提出により、夫婦双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。
- ◆ 期限内の申請が困難な場合は事前に保健所 健康増進課 (TEL06-4869-3033 FAX06-4869-3049) までご相談ください。