

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 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	()		昭和 平成	年 月 日生	(歳)
妻	()		昭和 平成	年 月 日生	(歳)
住所 (※1)	〒 ー 尼崎市 電話 夫 () 妻 ()				
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 _____				
(元号)	年	月	日	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。	
	書類提出日を記入		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: 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。

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

- ◆ 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もしくはカードもご持参ください。