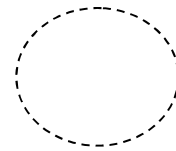


# 尼崎市不育症治療支援事業申請書



- 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。

夫婦で異なる印鑑を押印

	(ふりがな) 氏名	印	生年月日
夫	(あまがさき たろう) 尼崎 太郎	尼崎	昭和 平成 55年1月5日生 (36歳)
妻	(あまがさき はなこ) 尼崎 花子	尼崎	昭和 平成 50年2月10日生 (34歳)

住所1 〒 660 - 0052  
 (※1) 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

申請額 金 ▲▲▲▲▲▲▲▲ 円

受診等証明書の合計金額の1/2の額を記入

※申請額欄は二重線及び訂正印による修正不可 (ご不明の際は空欄でお越してください)

令和 元年6月1日 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 出張所	店番			
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	(あまがさき はなこ)	尼崎	花子	1	2	3
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	

夫婦どちらかの個人名義を記入

- ◆ 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。
- ◆ 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。