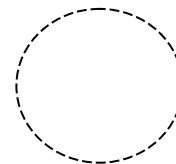


尼崎市不妊治療ペア検査助成事業申請書



関係書類を添えて下記のとおり不妊症検査費の助成を申請します。
 なお、本申請に係る検査に対し、他の自治体の助成を受けません。

記

	(ふ り が な) 氏 名	生 年 月 日		
夫	() *夫の自署	昭和 平成	年 月 日 生	(歳)
妻	() *妻の自署	昭和 平成	年 月 日 生	(歳)
住所1(※1)	〒 尼崎市		電話	()
住所2(※2)	〒		電話	()
申 請 者 氏 名	_____			
申 請 額	金	_____		円
		年 月 日	尼 崎 市 長 様	
振 込 先	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(※3)	()
	口座番号	(左詰記入)		
同 意 書				
尼崎市長様 私達夫婦は、不妊治療ペア検査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。				
<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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				
年 月 日				
申請者氏名 (夫) _____			(妻) _____	

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 →事実婚の場合 <input type="checkbox"/> 申立書	年 月 日 <input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> 助成回数 <input type="checkbox"/> その他 </div>	_____ 円

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。