

尼崎市不育症検査費用助成事業申請書

書類提出日を記入

年 月 日

尼崎市長 様

- 1 関係書類を添えて、下記のとおり不育症検査費用の助成を申請します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、尼崎市が受給要件（住所等）を住民基本台帳等により確認することに同意します。
- 2 本申請にあたり、必要な場合には、以前居住していた自治体及び受検した医療機関に対し、情報の照会を行うこと、並びに受検証明書の内容について国への提供を行うことに同意します。
- 3 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。

申請者 (受検者)	ふりがな	〇〇〇〇 〇〇〇				電話番号	090 (1234) 5678				
	氏名	申請者本人が自署すること ※申請者の自署				住所	〒660-0052 尼崎市七松町1丁目3番1-502号				
						生年月日	昭和 平成 〇年 〇月 〇日				
〇過去にこの助成金を受けたことがありますか？→ はい (直近の申請年月：〇年〇月)・いいえ						〇検査実施日からこの申請をする日までの間に、住所の変更はありましたか？→ はい・いいえ					
「はい」の場合：変更前住所（ 〇県〇市〇〇〇 ）											
申請金額		金 下記枠外※1参照 円 (※1)									
振込 先 ※2	金融機関名 及びコード	金融機関コード	1	2	3	4	支店コード	1	2	3	
		〇 △ 〇				銀行 信用金庫 農協	〇 △			本店 支店 営業所	
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人			申請者の個人名義の口座 ふりがなも必ず記入					
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	(左詰記入)		

(注) 太枠内を、ご記入ください。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。

※1 申請金額は、医療機関が作成する尼崎市不育症検査費用助成事業受検証明書の検査費用の領収金額の7割に相当する額（1,000円未満切捨）です。ただし、当該金額が60,000円を超える場合は、60,000円と記入して下さい。

※2 口座名義人は、申請者の個人名義であること。また、この申請書の提出により、申請者が上記振込先への助成金の振り込みに同意したものとみなします。

受給資格審査	決定年月日	支給決定額
<input type="checkbox"/> 住民確認	年 月 日 <input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認 <input type="checkbox"/> 検査内容 <input type="checkbox"/> 施設要件 <input type="checkbox"/> その他	円
受給者番号		