

年 月 日

赤穂市長 宛

不妊治療ペア検査費助成事業申請書

下記のとおり関係書類を添えて不妊症検査費の助成を申請します。
 なお、申請に当たり、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。
 また、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	()		年 月 日生 (歳)						
妻	()		年 月 日生 (歳)						
住所 (※1)	〒	電 話 () メールアドレス							
住所 (※2)	〒	電 話 () メールアドレス							
申請者氏名 _____									
申 請 額 金 _____ 円									
振 込 先 (※3)	金融機関 の名称	銀行・農協 金庫・信用組合						支店・支所 出張所	
	銀行等の 場 合	金融機関 コード					支店コード		
		預金種目	1 普通 2 当座	口座番号					
	ゆうちょ銀行 の 場 合	金融機関 コード	9	9	0	0	店名 (漢数字)		店
		預金種目	1 普通 2 当座	口座番号					
口座名義 (カタカナで記載)									
申請受理年月日		年 月 日			(承認・不承認) 決定年月日		年 月 日		
受給者番号									

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 : 夫婦の住所が異なる場合に記入する (夫婦の住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。)

※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、助成要件等があるため、あらかじめご確認ください。

- (添付書類)
- 1 住民票 (続柄が記載されたもの) 又は戸籍謄本、戸籍の全部事項証明書
 - 2 不妊治療ペア検査費助成事業受診等証明書 (様式第2号)
 - 3 事実婚関係に関する申立書 (事実婚に限る)
 - 4 医療機関が発行した領収書等の写し