

年 月 日

赤穂市長 あて

不育症治療費助成事業申請書

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、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。
 また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。

記

		(ふりがな) 氏 名		生 年 月 日	
申請者	夫	()		年 月 日生 (歳)	
	妻	()		年 月 日生 (歳)	
	住所 (※1)	〒		電話	
	住所 (※2)	〒		電話	
申請額 (※3)	金 _____ 円		前回申請 年 月		
振込先 (※4)	金融機関名	銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	()	
	口座番号				(左詰記入)
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) 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：申請額は、赤穂市不育症治療費助成事業実施要綱に定める不育症の検査及び治療に要した医療費の1/2とする。
 - ※4：口座名義人は申請者のうちどちらかの個人名義であること。(この申請書により、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す。)
- (添付書類) 1 住民票 (続柄及び本籍地が記載されたもの) 又は戸籍謄本、戸籍の全部事項証明書
 2 不育症治療費助成事業受診等証明書 (様式第2号)
 3 不育症治療費助成事業受診等証明書 (薬局用) (様式第3号)
 4 医療機関が発行した領収書等
 5 被保険者証の写し
 6 夫及び妻の前年 (申請日が1月から5月までの場合は、前々年) の所得証明書

夫及び妻の所得額

() 年分	夫(A)	妻(B)	控除額(C)	計 (A+B-C)	適・否