

赤穂市長 あて

不妊治療ペア検査費助成事業申請書

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。

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	( ) ※自署		年 月 日 生 ( 歳)			
	妻	( ) ※自署		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。

(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 医療機関が発行した領収書等

4 健康保険被保険者証の写し

5 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

( ) 年分	夫(A)	妻(B)	控除額(C)	計(A+B-C)	適・否

