

赤穂市長 宛

不育症治療費助成事業申請書

下記のとおり関係書類を添えて不育症検査及び治療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 預金 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				
		口座名義人 (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) 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2分の1とする。
- ※4：口座名義人は申請者のうちいずれ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）、戸籍謄本又は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の写し