

不育症治療支援事業申請書

- 1 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、本申請の審査に必要な範囲で、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。
- 2 本申請にあたり、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。
- 3 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。

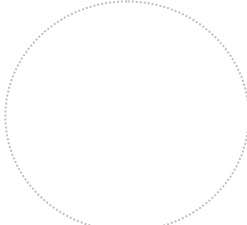
（添付書類） 必ず必要な書類

- 不育症治療支援事業受診等証明書
 - 領収証の原本（受診等証明書の治療年月日及び領収金額と一致するもの）
 - 夫婦それぞれの所得を証明できる書類
- ご本人の同意があり、市で状況が確認できれば、提出を省略できる場合がある書類
- 住民票の写し 戸籍謄本

	（ ふ り が な ） 氏 名	生 年 月 日		
申請者 (妻)	() ※1	昭和 平成 年 月 日生 (歳)		
申請者 (夫)	() ※1	昭和 平成 年 月 日生 (歳)		
申請者(妻) 住所	〒	電話 () メールアドレス		
申請者(夫) 住所 ※2	〒	電話 () メールアドレス		
申 請 額 金 _____ 円 年 月 日 宝塚市長 中川 智子 あて				
振 込 先	フリガナ			
	金融機関名	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所
		銀行コード		店番号
	預金種別	普通・当座 貯蓄	（ふりがな） 口座名義人※3	()
	口座番号			(左詰記入)

（注1）太枠の中をご記入ください。

- ※1 夫婦両方の記名が必要。
 - ※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どちらか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。



処理欄 夫及び妻の所得額

() 年分	夫(A)	妻(B)	控除額(C)	計 (A+B-C)	適 ・ 否

受給資格審査	決定年月日	支給決定額
<input type="checkbox"/> 住民確認 <input type="checkbox"/> 婚姻確認	年 月 日 <input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認 (<input type="checkbox"/> 所得制限超過 <input type="checkbox"/> 治療内容 <input type="checkbox"/> その他)	円