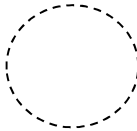


尼崎市不妊を心配する方へのペア検査（不妊ペア検査）事業申請書



尼崎市長 宛

年 月 日

- 1 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、住民票等の確認を行うこと及び受診等証明書（様式第2号）の内容について医療機関に確認することに同意します。
- 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	()	昭和 平成	年	月	日	生	()	歳			
妻	()	昭和 平成	年	月	日	生	()	歳			
住所1 (※1)	〒 日中連絡のとれる番号（夫・妻） 尼崎市 電話 ()										
住所2 (※2)	※夫と妻の住所が異なる場合のみ記入（夫・妻） 〒 電話 ()										
申 請 者（口座名義人）氏 名 _____											
申 請 額（保険適用外費用の7/10） 金 _____ 円 (1円未満は切捨て)											
振 込 先	銀行コード							店番			
	金融機関名	銀行 信用金庫 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（※3）				()				
	口座番号							(左詰記入)			

受 給 資 格 審 査	決 定 年 月 日	担当者 確認欄	支 給 決 定 額
☐ 住民確認 ☐ 婚姻確認 →事実婚の場合 ☐ 戸籍謄本 ☐ 申立書 ☐ 領収書 ☐ 申請額の確認	令和 年 月 日 ☐ 承認 ☐ 不承認 (理由)		円

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。