

明石市不育症治療支援事業申請書

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。
本申請にかかる検査及び治療に対し、他の自治体の助成を受けません。

令和 年 月 日

明石市長様

大枠内を記入してください

	氏名(ふりがな)		生年月日					
夫	() ※夫の自署		昭和 平成 年 月 日 (歳)					
妻	() ※妻の自署		昭和 平成 年 月 日 (歳)					
住所	〒							電話 ()
住所 (※1)	〒							電話 ()
振 込 先	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(※2)		()			
	口座番号						(左詰記入)	
同意書								
<p>明石市長様</p> <p>私たち夫婦は、不育症治療費の助成申請の審査に関し、次に掲げる事項の調査に同意します。</p> <p><input type="checkbox"/> 明石市に居住する法律上の夫婦であること(住民票での続柄確認)</p> <p><input type="checkbox"/> 過去に他の自治体で受けた助成状況について明石市が他の自治体に照会すること</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名(自署) (夫) (妻)</p>								

申請額 金 円

- ※1 単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入すること。
- ※2 口座名義人は申請者のうちのどちらかの個人名義であること。この申請書の提出により、申請者両方が上記振込先への助成金の振込に同意したものとみなします。

【添付書類】 申請期限、助成要件等がありますので、あらかじめご確認ください。

- 明石市不育症治療支援事業受診等証明書
- 領収書(受診等証明書の領収年月日及び領収金額が一致するもの:原本)
- 明石市内に居住する法律上の夫婦であることを証明する書類

【明石市記入欄】

受給者番号		備考	
-------	--	----	--

審査	係長	担当	受付