

西脇市不育症治療費助成事業申請書兼請求書

- 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。
- 2 本申請に当たり、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。
- 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ていません。

記

	(ふ り が な) 氏 名	生 年 月 日
夫	() Ⓜ	年 月 日生 (歳)
妻	() Ⓜ	年 月 日生 (歳)
住所 (※1)	〒 _____ 電話 ()	
住所 (※2)	〒 _____ 電話 ()	
申 請 者 氏 名	_____ 印	
申 請 額	金 _____ 円	
年 月 日		
西脇市長 _____ 様		
振 込 先 (※3)	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所
	預金種別	普通 口座名義人 () 当座 ()
口座番号	(左詰記入)	

(注1) 太枠の中をご記入ください。

夫婦両方の自署又は記名押印が必要となります。記名押印の場合は、別々の印鑑を使用してください。

※1 夫婦の住所を記入してください。

※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してください。

※3 口座名義人は申請者の個人名義としてください。

(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 西脇市不育症治療費助成事業受診等証明書 (様式第2号、様式第3号)

2 領収書 (受診等証明書の領収年月日及び領収金額と一致するもの)

3 戸籍謄本 (抄本)

市 担 当 者 記 入 欄	不育症治療費助成 事業受診等証明書	領 収 書	住 所	戸 籍
	可 ・ 否	可 ・ 否	可 ・ 否	可 ・ 否

(交付・不交付) 決定年月日	年 月 日	課長	主査等	担当