



西宮市不育症治療支援事業申請書

西宮市長 様

年 月 日

- 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、住民票等並びに医療機関及び薬局に対し検査又は治療の内容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 本事業の存続のため、兵庫県に対し、不育症治療の助成状況及びその効果に関して、個人を特定できる情報を消去した上で、報告を行うことがあります。不育症の治療等の結果について医療機関等に照会すること及びその結果を兵庫県に報告することに同意します。
- 4 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

申請者		(ふりがな) 氏名	生年月日		
	夫	() ※自署	昭和 平成	年 月 日	生 (歳)
	妻	() ※自署	昭和 平成	年 月 日	生 (歳)
	住所	〒 西宮市 日中連絡の取れる番号 (夫・妻) 電話 ()			
	住所	※夫と妻の住所が異なる場合のみ記入 (夫・妻) 〒 電話 ()			
申請額 (ア) + (イ) 金 円 (上限 15 万円) ※訂正不可 検査 (様式第 2-1 号①) は領収金額の 7/10 (1 円未満は切捨て) … (ア) 治療 (様式第 2-1 号②、2-2 号②) は 領収金額の 1/2 (1 円未満は切捨て) … (イ)					
振込先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所			
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	()	
	口座番号				(左詰記入)

※自署による署名をいただけない場合は別途住民票の写し (発行日から 3 か月以内のもの) の添付が必要

西宮市使用欄

受給者番号					
-------	--	--	--	--	--

	領収額	支給額	担当課使用欄
(ア)不育症の検査	① 円	× 0.7 (1円未満切捨て) 円	<input type="checkbox"/> 住民 <input type="checkbox"/> 婚姻 ※事実婚の場合、戸籍謄本・申立書 <input type="checkbox"/> 申請額の確認 <input type="checkbox"/> 台帳入力
(イ)不育症の治療	② 円	× 0.5 (1円未満切捨て) 円	
支給決定額		計 円	

受付印

