

三田市不妊治療ペア検査助成金申請書兼請求書

年 月 日

三田市長 様

- 1 関係書類を下記のとおり添えて不妊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、戸籍及び住民票並びに医療機関に対し検査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

申請者	夫	フリガナ() 氏名 (※1)	生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	〒 住所 電話番号		
	妻	フリガナ() 氏名 (※1)	生年月日	年 月 日 (歳)
	住所 (※2)	〒 住所 電話番号		
申請額		金 _____ 円		
振込先 (※3)	金融機関名	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所
		金融機関コード ()		支店コード ()
	預金種別	普通座	フリガナ 口座名義人	
	口座番号			

注1) 太枠の中を御記入ください。

※1. 夫婦両方の自署による記名が必要。

※2. 妻の住所は、夫と住所が異なる場合に記入すること。

※3. 振込先の口座名義人は申請者のうち、どちらかの個人名義であること。

※4. 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みに同意したものとみなす。

注2) 申請期限、助成要件等があるので、あらかじめ御確認ください。

- (添付書類) 1. 三田市不妊治療ペア検査助成事業受診等証明書（様式第2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. 戸籍謄本及び事実婚関係に関する申立書（様式第3号）（事実婚の場合のみ）

【処理欄】

住民確認（どちらかでも可）	受診等証明書	領収書	口座確認	備考