

不育症治療支援事業申請書

- 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。なお、本申請の審査に必要な範囲で、戸籍及び住民票の確認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 加西市は、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。加西市が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

	(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)	〒		電話 ()				
			メールアドレス				
住所(※2)	〒		電話 ()				
			メールアドレス				
申 請 者 氏 名	_____						
申 請 額	金						円
			年 月 日				
			加西市長	様			
振 込 先 (※3)	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		()		
	口座番号						(左詰記入)
申請受理年月日		年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日			年 月 日	
受給者番号							

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。

(添付書類) 1. 不育症治療支援事業受診等証明書(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)

市町受付印

