

西宮市不妊治療ペア検査助成事業申請書



西宮市長 様

年 月 日

- 1 関係書類を添えて下記のとおり不妊症検査費の助成を申請します。また、裏面に掲げる「説明書」について同意します。
- 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		(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	〒 西宮市 日中連絡のとれる番号(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 ()	
検査にかかった費用の合計額 (保険適用外のもの) ① 金 _____ 円 ※訂正印不可 申請額 ①の7/10 金 _____ 円 ※訂正印不可 (1円未満は切捨て・上限5万円)			
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)	

西宮市使用欄

受給者番号					
受付確認欄					支給決定額
<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"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 申請額の確認					円
<input type="checkbox"/> 台帳入力					

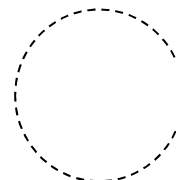
依頼書

私たちは不妊治療ペア検査助成事業の助成申請にかかる、次に掲げる事項の調査を依頼します

- ・ 西宮市に居住する夫婦であること(住民基本台帳等による確認)

氏名 _____ 氏名 _____

受付印



(様式第 1 号裏)

同一世帯で夫または妻が世帯主の場合で住民票を省略する場合、ご記入ください。

世帯調書

申請者の属する世帯構成	氏名	続柄	性別	生年月日	備考	窓口 確認欄
		世帯主	男・女	年 月 日		
			男・女	年 月 日		
			男・女	年 月 日		
			男・女	年 月 日		
			男・女	年 月 日		
			男・女	年 月 日		

※ 申請後に住所変更などの変更がありましたら保健所 健康増進課に届け出てください。

西宮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

種別		証明書類
同一世帯の場合	夫または妻が世帯主の場合	・住民票の写し(夫婦分)(続柄記載) ([様式第 1 号]依頼書の記入があれば[様式第 1 号裏]世帯調書の提出にて省略できる)
	夫および妻が世帯主でない場合	・住民票の写し(夫婦分)(続柄記載) (戸籍の筆頭者を記載)
別世帯の場合	夫および妻が 日本国籍を有する場合	・住民票の写し(西宮市内居住者のもの) ・戸籍抄本・謄本(夫婦両方が記載されたもの)
	夫または妻のいずれか一方が 外国籍を有する場合	・住民票の写し(西宮市内居住者のもの) ・日本国籍を有する者の戸籍抄本・謄本 (夫婦両方が記載されたもの)
	夫および妻が 外国籍を有する場合	・住民票の写し(西宮市内居住者のもの) ・婚姻していることを証明する書類 (外国語による書類の場合は日本語訳を添付)

※申請日の 3 か月以内に発行されたものに限り、※「住民票の写し」とはコピーのことではありません。
※事実婚であることを証明する書類については保健所健康増進課にお問い合わせください。

検査内容について医療機関等に確認を行うことに関する 説 明 書

この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、医療機関に検査内容等について確認することがありますのでご承知ください。

なお、情報の取り扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。