不　育

様式第１号（第５条関係）

加古川市不育症治療費助成事業申請書

年　　月　　日

加古川市長　様

関係書類を添えて下記のとおり不育症治療費等の助成を申請します。

記

申請者	夫	（フリガナ） 氏　　名	昭和・平成 年　　月　　日生（　　歳）
	妻	（フリガナ） 氏　　名	昭和・平成 年　　月　　日生（　　歳）
	住　所	〒 （TEL　　）	
	住　所 （※１）	〒 （TEL　　）	

申　請　額　　金　　円　　通算　　回目の申請

前回申請　　年　　月　　日

金融機関コード					支店コード				※フリガナは必ずご記入ください。				
振込先 金融機関名	銀　行 信用金庫 農　協 （　　）					本　店 支　店 出張所 （　　）			フリガナ				
									口座名義人 （※２）				
口座番号								（右詰め）	普通・当座				

住Ｃ		（承認・不承認） 決定年月日	年　月　日	助成決定額	円
住Ｃ					

注）太枠の中をご記入ください。

※１：夫婦の住所が異なる場合に記入してください。（夫婦の住所が異なる場合とは、市内で夫と妻が異なる住所を有する場合をいいます。）

※２：口座名義人は申請者のうちのどちらかの個人名義を記入してください。

※３：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します。