

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 (※1)	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	〒	(Tel)
申 請 額 金 _____ 円 通算 回目の申請 前回申請 年 月 日			
□申請する不育症治療について、兵庫県不育症検査費用助成事業の申請を行う予定がある 又は行った。(※2)			
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 本 店 信用金庫 支 店 農 協 出 張 所 () ()		フリガナ
			口座名義人 (※3)
口 座 番 号		(右詰め)	普通・当座
住C		(承認・不承認)	年 月 日
住C		決定年月日	助成決定額 _____ 円

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は、両方の住所を記入してください。(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。)また、住所が異なる場合や事実婚の場合は、別途、戸籍抄本等の書類が必要になります。詳しくは お問合せください。

※2：兵庫県不育症検査費用助成事業（国庫補助事業）の助成を受ける検査の費用は、当事業の助成対象となりません。

※3：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。

※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します。