

様式第1号（第5条関係）

加古川市一般不妊治療費助成事業申請書

令和 年 月 日

加古川市長 様

関係書類を添えて下記のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。

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						
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		
※該当する場合のみチェックし日付を記入すること						
<input type="checkbox"/> この申請には、夫婦がはじめて行った不妊検査であり かつ夫婦で3ヶ月以内に行った検査が含まれます。			夫検査日 (令和 年 月 日)	妻検査日 (令和 年 月 日)		
住C		夫婦加算 有・無	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。