

芦屋市不妊治療ペア検査助成事業申請書兼請求書

年 月 日

芦屋市長 あて

- 1 関係書類を添えて下記のとおり不妊治療ペア検査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、市長が住民票及び地方税関係情報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 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。

申請者	【夫】	ふりがな	生年月日
		氏名	年 月 日 ( 歳)
		メールアドレス	@
	【妻】	ふりがな	生年月日
		氏名	年 月 日 ( 歳)
		メールアドレス	@
住所 (※1)	〒659-	電話番号	( )
住所 (※2)	〒	電話番号	( )

請求金額内訳

受診期間	【A】 合計額	⇒	円
年 月 日	(検査にかかった費用のうち保険適用外のもの)		
)	【B】 【A】 × 7/10	⇒	円
年 月 日	(1円未満は切り捨て)		
	【C】 上限額	⇒	50,000 円
	請求額 (【B】・【C】どちらか少ない額)	⇒	円

振込先 (※3)

金融機関名	銀行・信用金庫	本店・支店・出張所
	信用組合・農協	
	金融機関番号 ( )	店番号 ( )
種類	フリガナ	
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 口座番号 (右詰記入)	<input type="checkbox"/> 口座名義人
旧姓名義の場合は <input checked="" type="checkbox"/> してください ⇒ <input type="checkbox"/>		

〈芦屋市記載欄〉

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. 芦屋市不妊治療ペア検査助成事業受診等証明書 (様式第2号)
2. 領収書 (様式第2号の領収年月日及び領収金額と一致するもの)
3. 市内に住所を有する夫婦であることを証明する書類
4. 事実婚関係に関する申立書 (様式第3号。事実婚の場合のみ)
5. 振込を希望する金融機関の通帳等カナ名義及び口座番号が確認できるものの写し