様式第１号（第６条関係）

川西市不育症治療支援事業申請書

１　関係書類を添えて下記のとおり不育症検査及び治療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、市長が戸籍、住民票の写しの取得又は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　本申請に係る検査及び治療に対し、他の地方公共団体の助成を受けません。

	（ふりがな） 氏　　名	生　年　月　日
申請者（自署）	（　　）	年　　月　　日 生　（　　歳）
配偶者（自署）	（　　）	年　　月　　日 生　（　　歳）
申請者住所	〒 川西市　　電話　　（　　）	
配偶者住所（※１）	〒 電話　　（　　）	

申　請　額　　金　　円

年　　月　　日

川西市長　　あて

振込先(※2)								
	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 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)

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：申請者と異なる場合に記入する。
　※２：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．不育症治療支援事業受診等証明書（様式第２号・様式第３号）
　　２．領収書（受診等証明書の領収年月日及び領収金額と一致するもの）
　　３．振込口座がわかるものの写し（通帳、キャッシュカードなど）
　　４．健康保険証の写し

受給資格審査	決定年月日	支給決定額
□　住民確認 □　婚姻確認	年　　月　　日 □承認 □不承認（□治療内容　□その他）	円