

記載見本と注意

様式第1号

※訂正は、
口座名義人の印鑑
で行ってください。

神戸市不育症治療支援事業申請書

とおりに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書類等の確認を行うことに同意します。
 ※住んで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、他の自治体の助成を受けません。

住民票等の閲覧についての同意書を兼ねていますので夫婦それぞれ自署で署名してください。(署名いただけない場合、証明書の提出が必要となります。)

マンション等集合住宅の名称も記入してください。

検査・治療費にそれぞれ助成割合をかけた合計につき、150,000円までです。治療費の総額ではありません。
 間違えて金額を記入した場合は2重線で消して、訂正印(口座名義人の印鑑)を押印の上、正しい金額をご記入ください。
 検査・治療費にそれぞれ助成割合をかけた合計が150,000円より低い場合は検査・治療費にそれぞれ助成割合をかけた合計が上限になります。(保険が適用される診療は対象外です。)

申請回数は1年度に1回までです。年度内で1回にまとめてご申請ください。

書類の提出日です。

金融機関・支店の統廃合により店名が変更になっていないか確認してください。
 略称・省略して記入しないでください。

必ず金融機関に登録のフリガナを記入してください。

口座の種別を確認してください。

		(フリガナ) 氏名	生年月日	
夫	(コウベ タロウ)	神戸 太郎	昭和 平成	62年9月19日生 (34歳)
妻	(コウベ ハナコ)	神戸 花子	昭和 平成	62年11月6日生 (34歳)
住所(※1)	〒650-8570 神戸市中央区加納町8-5-1 電話 078(322)6513 コウベマンション406			
住所(※2)	〒 () 電話 () メールアドレス			
申請者氏名	神戸 花子			
申請額	金 89,100 円 (上限額 150,000 円)			
検査・治療の属する年度	令和4年度			
申請日	令和4年8月14日			
振込先(※3)	金融機関名	銀行	本店	出張所
	加納信用	三宮	本店	出張所
	預金種別	(フリガナ) 口座名義人	(コウベ ハナコ)	神戸 花子
	口座番号	3 2 2 3 4 5 6 (左詰記大)		
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. 不育症治療支援事業受診等証明書(「様式第2号」または「様式第2号と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)

※住民票が神戸市に無い場合や、夫と妻の住所が異なる場合など、審査の関係上、別途書類の提出が必要となる場合があります。詳しくはリーフレットをご確認ください。

夫及び妻の所得額

令和 () 年分	夫(A)	妻(B)	控除額(C)	計(A+B-C)	適・否

受付印