

記載見本と注意

別添 1

神戸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、戸籍、住民票及び所得証明書等の確認を行うことに同意します。

※訂正は、口座名義人の印鑑で行ってください。

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。査及び治療に対し、他の自治体の助成を受けません。

記

	(フリガナ) 氏名	生年月日	
夫	(コウベ タロウ) 神戸 太郎 (神戸)	昭和 平成 63年11月10日生 (30歳)	
妻	(コウベ ハナコ) 神戸 花子 (神戸)	昭和 平成 63年11月15日生 (30歳)	
住所(※1)	〒 650-8570 神戸市中央区加納町6-5-1コウベマンション 406 電話 078 (322) 6513		
住所(※2)	〒 電話 ()		
申請者名	神戸 花子 (神戸)		
申請額	金 150,000 円 (上限額 150,000 円)		
検査・治療の属する年度	2 年度		
令和 2 年 5 月 10 日	神戸市長 宛		
振込先(※3)	金融機関名	銀行 本店 加納信用 (金庫) 三宮 (支店) 農協 出張所	
	預金種別	普通当座 (フリガナ) (コウベ ハナコ) 口座名義人 神戸 花子	
	口座番号	3 2 2 3 4 5 6 (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			

夫婦それぞれ異なる印鑑(スタンプ印不可)を押印してください。

マンション等集合住宅の名称も記入してください。

申請額の上限は治療費の2分の1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。

治療費の2分の1が150,000円より低い場合は治療費の2分の1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下さい。

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。

支店・出張所などの区分を記入してください。

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。

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(「別添2」または「別添2と3」)
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)

受付印

夫及び妻の所得額

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