

小野市不妊治療ペア検査助成事業申請書

小野市長 様

年 月 日

- 1 関係書類を添えて下記のとおり不妊症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、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。
- 2 本申請にあたり、他の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		(ふりがな) 氏名		生年月日				
	夫	()		年	月	日生	(歳)	
	妻	()		年	月	日生	(歳)	
	住所(※1)	〒						電話
	住所(※2)	※夫と妻の住所が異なる場合のみ記入(夫・妻) 〒						電話
検査にかかった費用の合計額 (保険適用外のもの) ① 金 _____ 円 申請額 ①の7/10 金 _____ 円 (千円未満は切捨て・上限5万円)								
振込先(※3)	金融機関名	銀行 信用金庫 農協			本店 支店 出張所			
	預金種別	普通・当座	(フリガナ) 口座名義人		()			
	口座番号						(左詰記入)	

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. 小野市不妊治療ペア検査助成事業受診証明書(様式第2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. 夫婦であることを証明する書類または事実婚関係に関する申立書(様式第3号)

4. 所得証明書(夫婦分) ※申請日現在で発行できる直近年度分

5. 市税の納税証明書(夫婦分) ※発行から2か月以内のもの

〈受付印〉

