

伊丹市不育症治療支援事業申請書兼請求書

- 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、市長が住民票及び戸籍謄本の確認を行うことに同意します。
- 2 本申請に当たり、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、他の自治体の助成を受けません。

(添付書類) 必要な書類

伊丹市不育症治療支援事業受診等証明書 (様式第2号)

領収書の原本

不育症の治療に関し院外処方箋の交付を受けている場合は、

伊丹市不育症治療支援事業受診等証明書 (薬局用) (様式第3号)

ご本人の同意があり、市で状況確認ができれば、提出を省略できる場合がある書類

住民票の写し

戸籍謄本

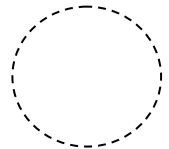
	(ふ り が な) 氏 名	生 年 月 日
申請者	()	年 月 日 生 (歳)
配偶者	()	年 月 日 生 (歳)
申請者住所	〒	電話 () メールアドレス
配偶者住所 (※1)	〒	電話 () メールアドレス
伊丹市長 様		年 月 日
申 請 額 金 円		
振 込 先 (※2)	フリガナ	
	金融機関名	銀行 信用金庫 農協
	預金種別	普通 当座
	(ふりがな) 口座名義人	()
	口座番号	(左詰記入)
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日
受給者番号		年 月 日

注1) 太枠の中をご記入ください。

※1 単身赴任等で申請者と異なる場所に住所を有する場合に記入する。

※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。



【処理欄】

①受給資格審査

<input type="checkbox"/> 住民確認	<input type="checkbox"/> 婚姻確認	可 ・ 否
-------------------------------	-------------------------------	-------

②請求内容審査

<input type="checkbox"/> 医師の証明 <input type="checkbox"/> 治療等の内容 <input type="checkbox"/> 保険適用外	決定年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認 (<input type="checkbox"/> 治療等内容 <input type="checkbox"/> その他)	支給決定額 円
---	---	----------------