

## 伊丹市不妊治療ペア検査助成金支給申請書兼請求書

- 1 関係書類を添えて下記のとおり不妊治療ペア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、市長が住民票及び地方税関係情報の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 本申請に係る検査に対し、他の自治体の助成を受けません。

記

		(ふりがな) 氏名	生年月日	
夫	( )		年 月 日生 ( 歳)	
	※自署			
妻	( )		年 月 日生 ( 歳)	
	※自署			
住所(※1)	〒		電話 ( )	メールアドレス
住所(※2)	〒		電話 ( )	メールアドレス
申請者氏名 _____  申請額 金 _____ 円  年 月 日				
伊丹市長 様				
振込先(※3)	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	
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. 伊丹市不妊治療ペア検査助成金受診等証明書(様式第2号)

2. 領収書の原本

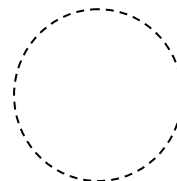
ご本人の同意があり、市で状況確認ができれば、提出を省略できる場合がある書類

1. 住民票写し

2. 戸籍謄本(事実婚、別居の場合のみ)及び事実婚申立書(事実婚のみ)

3. 所得を証明する書類

市受付印



夫及び妻の所得額

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

