

川西市長あて

川西市不妊を心配する方へのペア検査（不妊ペア検査）助成事業申請書

太枠の中をご記入ください。

		(ふりがな)		生 年 月 日	
		氏 名			
申 請 者	夫 (自署)	()		年 月 日 生 (歳)	
	住所	〒		電話 ()	
	妻 (自署)	()		年 月 日 生 (歳)	
	住所 (※1)	〒		電話 ()	
申 請 額 金 _____ 円					
年 月 日					
振 込 先 (※2)	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)

※1：妻の住所が夫の住所と異なる場合に記入してください。

※2：口座名義人は申請者のうちのどちらかの個人名義であること。

この申請書の提出により、申請者両者が上記振込先への助成金の振り込みに同意したものとみなします。

同 意 書

川西市長あて

私たち夫婦は、川西市不妊を心配する方へのペア検査（不妊ペア検査）の助成申請の審査に関し、次に掲げる事項の調査に同意します。

- ☐ 川西市に居住する法律上の夫婦であること、または事実婚であること
☐ 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

年 月 日

夫 _____ 妻 _____
(自署) (自署)

受領印	受給資格審査	決定年月日	支給決定額
	☐ 住民確認 ☐ 婚姻確認 →事実婚の場合 ☐ 申立書	年 月 日 ☐ 承認 ☐ 不承認 [☐ 年齢 ☐ 助成回数 ☐ その他]	円