

川西市不育症治療支援事業申請書

川西市長あて

年 月 日

|         |                                             |                |       |                 |        |  |
|---------|---------------------------------------------|----------------|-------|-----------------|--------|--|
|         |                                             | (ふりがな)         |       | 生 年 月 日 (年齢)    |        |  |
| 申請者     | 夫 (自署)                                      |                |       | 年 月 日 ( 歳)      |        |  |
|         | 住所                                          | 〒 電話 ( )       |       |                 |        |  |
|         | 妻 (自署)                                      |                |       | 年 月 日 ( 歳)      |        |  |
|         | 住所<br><small>(夫の住所と異なる場合に記入してください。)</small> | 〒 電話 ( )       |       |                 |        |  |
| 振込先 (※) | 金融機関名                                       | 銀行<br>金庫<br>農協 |       | 本店<br>支店<br>出張所 |        |  |
|         | 預金種別                                        | 普通<br>当座       | 口座名義人 | (ふりがな)          |        |  |
|         | 口座番号                                        |                |       |                 | (左詰記入) |  |

※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                                                      |  |
| 私たち夫婦は、川西市不育症治療支援事業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。         |  |
| <input type="checkbox"/> 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 |  |
| <input type="checkbox"/> 以前居住していた自治体での助成の有無              |  |
| 年 月 日                                                    |  |
| 夫 (自署) 妻 (自署)                                            |  |

|     |   |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                           |  |
|-----|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 受付者 | ／ | 受給資格審査                                                                                                                                                                                              | 受給番号                                                                                      |  |
| 受付印 |   | <input type="checkbox"/> 住民確認<br><input type="checkbox"/> 婚姻確認<br><br>(事実婚の場合)<br><input type="checkbox"/> 申立書<br><input type="checkbox"/> 戸籍謄本・抄本<br><br>(別世帯の場合)<br><input type="checkbox"/> 戸籍謄本 | 決定年月日                                                                                     |  |
|     |   |                                                                                                                                                                                                     | 年 月 日                                                                                     |  |
|     |   |                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 承認                                                               |  |
|     |   |                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 不承認 → <input type="checkbox"/> 治療内容 <input type="checkbox"/> その他 |  |
|     |   |                                                                                                                                                                                                     | 支給決定額                                                                                     |  |
|     |   |                                                                                                                                                                                                     | 円                                                                                         |  |