

記載見本と注意

様式第1号

神戸市不妊治療ペア検査助成事業申請書

- 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、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。

※訂正は、口座名義人の印鑑で行ってください。

記		(ふりがな)		生年月日	
氏名		(コウベ タロウ)		昭和 62年9月19日生 (34歳)	
夫	※自署	神戸 太郎		平成 62年11月6日生 (34歳)	
妻		(コウベ ハナコ)		昭和 62年11月6日生 (34歳)	
※自署		神戸 花子		平成 62年11月6日生 (34歳)	
住所(※1)		〒 650-8570		電話 078 (322) 6513	
住所(※2)		〒		電話 ()	
検査にかかった費用の合計額 (保険適用外のもの)		金 67,800 円		①	
申請額		金 47,460 円		①のうち7/10 (上限5万円)	
令和4年8月14日					
神戸市長 宛					
振込先 (※3)	金融機関名		加納信用 銀行 三宮 本店		(印)
	預金種別		(ふりがな) (コウベ ハナコ)		支店 (印)
	口座番号		(左詰記入)		出張所
申請受理年月日		(承認・不承認)		(印)	
受給者番号		決定年月日		(印)	

住民票等の閲覧についての同意書を兼ねていますので夫婦それぞれ自署で署名してください。(署名いただけない場合、証明書の提出が必要となります。)

マンション等集合住宅の名称も記入してください。

申請額の上限は夫婦の検査費用治療費の10分の7につき、5万円までです。治療費の総額ではありません。間違えて金額を記入した場合は2重線で消して、訂正印(口座名義人の印鑑)を押印の上、正しい金額をご記入ください。検査費用の10分の7が5万円より低い場合は治療費の10分の7が上限になります。(保険が適用される診療は対象外です。)

書類の提出日です。申請回数は夫婦1組につき1回限りです。1回にまとめてご申請ください。

金融機関・支店の統廃合により店名が変更になっていないか確認してください。略称・省略して記入しないでください。

必ず金融機関に登録のフリガナを記入してください。

口座の種別を確認してください。

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. 神戸市不妊治療ペア検査助成事業受診等証明書(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. 戸籍謄本及び事実婚申立書(事実婚のみ)

※住民票が神戸市に無い場合や、夫と妻の住所が異なる場合など、審査の関係上、別途確認書類の提出が必要となる場合があります。詳しくはリーフレットをご確認ください。

夫及び妻の所得額

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

受付印