

芦屋市不育症治療支援事業申請書兼請求書

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、
☐ 1 申請者と配偶者の戸籍、住民票の閲覧
☐ 2 所得証明にあたり申請者と配偶者の市民税課税台帳の閲覧
☐ 3 医療機関及び薬局に対し検査または治療の内容の確認
☐ 4 以前居住していた自治体における助成有無の確認
☐ 5 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ないこと
☐ 6 芦屋市は、本事業の存続のため、兵庫県に対し、不育症治療の助成状況及びその効果に関して、個人を特定できる情報を消去した上で、報告を行うことがあります。芦屋市が不育症の治療等の結果について医療機関等に照会すること及びその結果を兵庫県に報告することを行うことに同意します。

- (添付書類) ☐ 1 芦屋市不育症治療支援事業受診等証明書（様式第2号・様式第3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 夫と妻それぞれの合算の所得額に係る証明書
☐ 4 住民票の写し
☐ 5 戸籍謄本
- ※添付書類3・4・5は
申請者の同意があり、
市で確認ができれば省略可能

	(ふりがな) 氏 名		生 年 月 日		
申 請 者	()		昭和 平成	年 月 日 生 (歳)	
配 偶 者	()		昭和 平成	年 月 日 生 (歳)	
申請者住所	〒659－ 芦屋市 町 番 号 電話 () メールアドレス				
住所 (※1)	〒－ 電話 () メールアドレス				
申 請 額 金 円 令和 年 月 日 芦屋市長 宛					
振 込 先 (※2)	金融 機関名	銀行 金庫			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)

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。

以下、市記入欄

【受給資格審査】 受付日：令和 年 月 日

☐ 住民確認 ☐ 婚姻確認	決定年月日	支給決定額
	年 月 日 ☐ 承認 ☐ 不承認（ ☐ 所得制限超過 ☐ 治療内容 ☐ その他）	円

申請者及び配偶者の所得額

令和	申請者(A)	配偶者(B)	控除額(C)	計 (A+B-C)	適 ・ 否
() 年分					