様式第１号　　（表）

西宮市不育症治療支援事業申請書

育

西宮市長　様

年　　月　　日

1　治療開始時より継続して法律上の婚姻関係にあるため、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。また、裏面に掲げる「説明書」について同意します。
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。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に同意します。
4　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ません。

記

申請者		（ふりがな） 氏　　名	生　年　月　日
	夫	（　　）	昭和 平成　　年　　月　　日 生（　　歳）
	妻	（　　）	昭和 平成　　年　　月　　日 生（　　歳）
	住所	〒 西宮市	日中連絡の取れる番号（夫・妻） 電話　　（　　）
	住所	※夫と妻の住所が異なる場合のみ記入（夫・妻） 〒	電話　　（　　）
申　請　額		（ア）＋（イ） 金　　円（上限 15 万円）※訂正印不可 検査（様式第 2－1 号①）は領収金額の 7／10（1 円未満は切捨て）…（ア） 治療（様式第 2－1 号②、2－2 号②）は 領収金額の 1／2 （1 円未満は切捨て）…（イ）	
振込先	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）

依　　頼　　書

私たち夫婦は不育症治療支援事業の助成申請にかかる、次に掲げる事項の調査を依頼します
・ 西宮市に居住する法律上の夫婦であること（住民基本台帳等による確認）

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　　**氏名**＿＿＿＿＿＿＿＿

西宮市使用欄

受給者番号					

	領収額	申請額	担当課使用欄
(ア)不育症の検査	①　円	×0.7（1円未満切捨て）　円	□住民 □婚姻
(イ)不育症の治療	②　円	×0.5（1円未満切捨て）　円	□領収書 □申請額の確認
支給決定額		計　円	□台帳入力

受付印

（様式第１号裏）

同一世帯で夫または妻が世帯主の場合で住民票を省略する場合、ご記入ください。

世帯調書

	氏名	続柄	性別	生年月日	窓口確認欄	
					備考	確認
申請者の属する世帯構成		世帯主	男・女	昭和 平成 令和　・　・		
			男・女	昭和 平成 令和　・　・		
			男・女	昭和 平成 令和　・　・		
			男・女	昭和 平成 令和　・　・		
			男・女	昭和 平成 令和　・　・		
			男・女	昭和 平成 令和　・　・		

※　申請後に住所変更などの変更がありましたら保健所　健康増進課に届け出てください。

西宮市内に居住する法律上の夫婦であることを証明する書類

種別		証明書類
同一世帯の場合	夫または妻が世帯主の場合	・住民票の写し（夫婦分）（続柄記載） （[様式第１号]依頼書の記入があれば[様式第１号裏]世帯調書の提出にて省略できる）
	夫および妻が世帯主でない場合	・住民票の写し（夫婦分）（続柄記載） （戸籍の筆頭者を記載）
別世帯の場合	夫および妻が 日本国籍を有する場合	・住民票の写し（西宮市内居住者のもの） ・戸籍抄本・謄本（夫婦両方が記載されたもの）
	夫または妻のいずれか一方が 外国籍を有する場合	・住民票の写し（西宮市内居住者のもの） ・日本国籍を有する者の戸籍抄本・謄本 （夫婦両方が記載されたもの）
	夫および妻が 外国籍を有する場合	・住民票の写し（西宮市内居住者のもの） ・婚姻していることを証明する書類 （外国語による書類の場合は日本語訳を添付）

※申請日の３か月以内に発行されたものに限ります。
※「住民票の写し」とはコピーのことではありません。

治療内容について医療機関等に確認を行うことに関する
説　明　書

この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、助成金の対象となる治療範囲が決められております。医療機関や薬局に、治療内容等について確認することがありますのでご承知ください。

なお、情報の取り扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。