

早期不妊検査費・不育症検査費助成金支給申請書

年 月 日

加須市長 様

次のとおり、過去に埼玉県内で次の申請検査に係る早期不妊検査費及び不育症検査費助成事業の助成を受けていないため、助成金の支給を申請します。なお、助成要件の確認のため市が保有する住民基本台帳等の公簿による確認、他自治体、医療機関に照会すること及び市税等の納付状況等について、関係する担当課に照会することに同意します。

申請検査		早期不妊検査 ・ 不育症検査 (いずれかの該当検査に○)			
申請者	ふりがな				生 年 月 日
	氏名				
	現住所	(〒)			(歳) ※検査開始日時点
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】 — — *日中必ず連絡の取れる電話番号を記入			
配偶者	ふりがな				生 年 月 日
	氏名				
	現住所	(〒)			(歳) ※検査開始日時点
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】 — — *日中必ず連絡の取れる電話番号を記入			
助成対象期間		(申請者又は配偶者の検査開始日のうち、いずれか早い日) 年 月 日 ~ 1年間			
申請額		円 (1,000円未満切捨て)			
添付書類	<input type="checkbox"/> 早期不妊検査実施証明書 <input type="checkbox"/> 申請者と配偶者の戸籍謄本又は戸籍事項全部証明書 (申請者と配偶者の住所地が異なる場合) <input type="checkbox"/> 不妊検査費又は不育症検査費の領収書の写し <input type="checkbox"/> 助成金の振込を希望する銀行口座の通帳等カナ名義及び口座番号が分かるものの写し <input type="checkbox"/> 事実婚関係に関する申立書 (申請者と配偶者が事実婚関係にある場合かつ申請者と配偶者が同一世帯ではない場合のみ)				
振込先	金融機関			本・支店名	店
	預金の種類	普通	フリガナ	(申請者又は配偶者の名義の口座を記入)	
		当座	口座名義人		
口座番号					(口座番号は右詰記入)

*不妊検査費又は不育症検査費の領収書の写しのほかに、確認のため原本をお持ちください。

----- 以下 市記入欄 -----

申請受理年月日	年 月 日			
要件確認	<input type="checkbox"/> 婚姻 (事実婚関係も含む) <input type="checkbox"/> 検査期間	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 滞納の有無	<input type="checkbox"/> 市助成歴の有無 <input type="checkbox"/> 滞納の有無	<input type="checkbox"/> 男・女双方の検査実施 <input type="checkbox"/> (又は女性のみの検査実施)
助成結果	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	助成対象額 円	支給決定額 円	承認・不承認年月日 年 月 日