

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。また、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、指定医療機関又は助成対象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、関係する担当課又は居住市町村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○) | | | |
| 夫 | ふりがな | | | | 生 年 月 日 |
| | 氏名 | | | | |
| | 現住所 | 〒 | | | |
| | 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 | | | |
| 妻 | ふりがな | | | | 生 年 月 日 |
| | 氏名 | | | | |
| | 現住所 | 〒 | | | |
| | 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 | | (夫又は妻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) | | | |
| 振 込 先 | 金融機関 | | | 本・支店名 | 店 |
| | 預金の 種類 | 普通 当座 | フリガナ | (夫又は妻の名義の口座を記入) | |
| | | | 口座名義人 | | |
| 口座番号 | | | | | (口座番号は右詰記入) |
| 添 付 書 類 | <input type="checkbox"/> 早期不妊検査又は不育症検査実施証明書 <input type="checkbox"/> 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類 (夫婦の住所地が異なる場合のみ) <input type="checkbox"/> 不妊検査費又は不育症検査費の領収書の写し (※2) <input type="checkbox"/> 助成金の振り込みを希望する銀行口座の通帳等カナ名義及び口座番号の写し | | | | |

※1：太枠内を御記入ください。

※2：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 <input type="checkbox"/> 滞納の有無 | <input type="checkbox"/> 住所 | <input type="checkbox"/> 市助成歴の有無 | <input type="checkbox"/> 夫・妻双方の検査実施 (又は妻のみの検査実施) | <input type="checkbox"/> 検査期間 |
| 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 | |