

様式第1号（第6条関係）

和光市早期不妊検査費・不育症検査費助成金交付申請書

年 月 日

和光市長 様

次のとおり、過去に埼玉県内で以下の申請検査に係る助成を受けていないので、和光市早期不妊検査費・不育症検査費助成金の交付を申請（請求）します。

また、対象男女としての要件を確認するため、市が保有する住民基本台帳の公簿による確認並びに他自治体及び当該申請検査を実施した医療機関に照会することに同意します。

申請検査		早期不妊検査費・不育症検査費 (いずれか該当検査に○)					
申請者	ふりがな					生 年 月 日	年 月 日 () 歳
	氏名						
	現住所	〒					
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】 — —				*日中必ず連絡のとれる電話番号を記入	
配偶者	ふりがな					生 年 月 日	年 月 日 () 歳
	氏名						
	現住所	〒					
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】 — —				*日中必ず連絡のとれる電話番号を記入	
助成対象期間		(申請者また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 (千円未満切り捨て)					
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 (支所) 出張所			
	預金の種類	普通	フリガナ	(申請者また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)	

※太線の枠内をご記入ください。

事務局記入欄

申請受理 年月日	年 月 日	受給者 番号				
要件確認	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 当市(町村)助成歴の有無 <input type="checkbox"/> 男・女双方の検査実施 <input type="checkbox"/> 検査期間 (又は女性のみの検査実施)					
助成結果	<input type="checkbox"/> 承認	助成対象額	支給決定額	承認・不承認年月日		
	<input type="checkbox"/> 不承認	円	円	年 月 日		