

東松山市早期不妊検査費・不育症検査費助成金交付申請書

年 月 日

東松山市長 宛て

次のとおり、過去に埼玉県内で以下申請検査に係る標記助成事業の助成を受けていないため、東松山市早期不妊検査費・不育症検査費助成金の交付を申請します。また、助成要件の確認のため本市が保有する住民基本台帳等の公簿による確認並びに他自治体、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 ・ 不育症検査 (いずれか該当検査に○)						
申請者	ふりがな						生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成 ( ) 歳
	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						
配偶者	ふりがな						生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成 ( ) 歳
	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	(申請者又は配偶者の検査開始日のうち、どちらか早い日) 年 月 日 ~ 1年間							
申請額	円 (1,000円未満切捨て)							
振 込 先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店(支所) 農協 出張所						
	預金の種類	普通 当座	フリガナ 口座名義人	(申請者又は配偶者の名義の口座を記入)				
	口座番号						(口座番号は右詰記入)	

※太枠内を御記入ください。

この申請書は、東松山市早期不妊検査費・不育症検査費助成事業実施要綱第7条に規定する助成金の交付の決定があったときは、助成金交付請求書とみなします。

市記入欄

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"/> 本市の助成歴の有無 <input type="checkbox"/> 男性・女性双方の検査実施 <input type="checkbox"/> 検査期間 <input type="checkbox"/> 事実婚の申立書(事実婚で別世帯の場合) (又は女性のみの検査実施)						
助成結果	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 不交付	助成対象額 円	支給決定額 円	交付・不交付年月日 年 月 日			