

所沢市早期不妊検査費・不育症検査費助成申請書兼請求書

記入例

年 月 日

(宛先) 所沢市長

次のとおり、過去に申請検査に格別補助助成費等の助成を受けていないため、助成支給を申請します。また、助成要件確認のため本市が保有する住民基本台帳等の公開による確認、他自治体、不妊検査又は不育症検査を実施した保険医療機関と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○)		
夫	ふりがな	ところざわ たろう	昭和・平成
	氏名	所沢 太郎	60年4月1日
	現住所	〒359-0025 所沢市上安松1224-1	(39歳)
妻	夫と妻の住所が異なる場合は配偶者の住民票と婚姻関係のわかる戸籍謄本の提出が必要です。(事実婚の方は戸籍謄本のかわりに「申立書」を提出してください)	010-1234-5678	昭和・平成
	現住所	同上	4年3月31日
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】030-1234-5678	(33歳)
助成対象期間	(夫又は妻の検査開始日のうち、どちらか早い日) R. 7年2月1日 ~ 1年間		
申請額	金 , 000 円 (千円未満切捨て)		
振込先	金融機関 申請額は、未記入で提出願います。 並木 夫または妻名義の口座 ※旧姓不可		
	預金の種類	普通・当座 他:	フリガナ トコロザワ ハナコ
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	口座名義人 所沢 花子

※太枠内を御記入ください。

事務局記入欄

要件確認	☐ 婚姻 ☐ 住所	令和 年 月 日		
	妻の年齢 ☐ 43歳未満・ ☐ 35歳未満	課長	主幹	リーダー
	☐ 助成歴の有無 ☐ 検査期間(1年以内)			
	☐ 夫・妻双方の不妊検査実施 (又は妻のみの不育症検査実施)			
助成結果	☐ 承認 ☐ 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
備考	No. 〒 /	☐ 郵送申請者 ☐ 領収書返却		