

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

年 月 日

(宛先) 所沢市長

次のとおり、過去に埼玉県内で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、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簿による確認、他自治体、指定医療機関及び助成対象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○)			
夫	ふりがな		生 年 月 日	昭和 ・ 平成	
	氏名	Ⓜ		年 月 日	
	現住所	〒		( 歳 )	
	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			
妻	ふりがな		生 年 月 日	昭和 ・ 平成	
	氏名	Ⓜ		年 月 日	
	現住所	〒		( 歳 )	
	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		(夫又は妻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		金 , 000 円 (千円未満切捨て) ※上限: 20,000円			
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 その他:	フリガナ	(夫または妻の名義の口座を記入)	
		口座番号	口座名義人		

※太枠内を御記入ください。

事務局記入欄

要件確認	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 住所	令和 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 妻の年齢(43歳未満)	課長	主幹	リーダー	担当
	<input type="checkbox"/> 助成歴の有無 <input type="checkbox"/> 検査期間(1年以内)				
	<input type="checkbox"/> 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	<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	
備考	No.	<input type="checkbox"/> 郵送申請者		担当	
	〒 / 〇 /	<input type="checkbox"/> 領収書返却			