

見本

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

Y 年 M 月 D 日

(宛先) 所沢市長

次のとおり、過去に埼玉県内・市町村・都道府県等の補助・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ご同意します。

「不妊検査」と「不育症検査」の助成をそれぞれ申請する際には、1枚ずつ申請書を記入をしてください。

申請検査	<input checked="" type="checkbox"/> 早期不妊検査 ・ <input type="checkbox"/> 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	
	氏名	所沢 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 印鑑が押されている <input checked="" type="checkbox"/> 検査開始時点で妻の年齢43歳未満
	現住所	〒 359-0025 所沢市上安松1224-1	
妻	氏名	所沢 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和・平成 生年月日 2 年 3 月 31 日 (29 歳)
	現住所	同上	
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】04-1234-5678	
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. 2 年 2 月 1 日 ~ 1年間		
申請額	金 20,000 円 (千円未満切捨て)		
振込先	「20,000円以下」かつ「実施証明書の「A+B」の金額以下」	<input checked="" type="checkbox"/> 並木 並木 並木 <input checked="" type="checkbox"/> 夫または妻名義の口座 ※旧姓不可	
	預金の種類	フリガナ	トコロザワ ハナコ
	口座番号	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	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 妻の年齢 (43歳未満) <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)	令和 年 月 日							
		<table border="1"> <tr> <th>課長</th> <th>主幹</th> <th>リーダー</th> <th>担当</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	課長	主幹	リーダー	担当			
課長	主幹	リーダー	担当						
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							
備考	No. 円 / 円	<input type="checkbox"/> 郵送申請者 担当 <input type="checkbox"/> 領収書返却							