

不妊検査費・不育症検査費助成申請書

年 月 日

ふじみ野市長 宛て

不妊検査費及び不育症検査費の助成について、次のとおり申請します。

また、助成要件確認のため市が保有する住民基本台帳等により確認すること並びにほかの地方公共団体、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		不妊検査 ・ 不育症検査 (いずれか該当検査に○)			
夫	ふりがな				
	氏名			生 年 月 日	年 月 日
	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				
	氏名			生 年 月 日	年 月 日
	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 から 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 当座	フリガナ	(夫又は妻の名義の口座を記入)	
			口座名義人		
口座番号	(口座番号は右詰記入)				

担当課記入欄

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"/> 当市助成歴の有無 <input type="checkbox"/> 夫・妻双方の検査実施 <input type="checkbox"/> 検査期間 (又は妻のみの検査実施)				
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	