

越谷市早期不妊検査費・不育症検査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

越谷市長 宛

次のとおり、過去に埼玉県内で下記申請検査に係る早期不妊検査費・不育症検査費助成事業の助成を受けていないため、越谷市補助金等の交付手続き等に関する規則第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

また、助成要件確認のため越谷市が保有する住民基本台帳の公簿により確認すること及び他自治体、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。

記

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
	氏名				
	現住所	〒			
	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
	氏名				
	現住所	〒			
	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		円 (千円未満切り捨て)			
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	(夫又は妻の名義の口座を記入)	
	口座番号				(口座番号は右詰記入)

※太枠内を記入してください。

この欄は越谷市で使用しますので、記入しないでください。

要件確認	<input type="checkbox"/> 婚姻	<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> 助成歴無し	<input type="checkbox"/> 夫・妻双方の検査実施 (又は妻のみの検査実施)	<input type="checkbox"/> 検査期間 (1年以内)
助成結果	<input type="checkbox"/> 助成決定	助成対象額	助成額	決定年月日	
	<input type="checkbox"/> 不交付決定	円	円	年 月 日	

入力  確認