

様式第1号(第6条関係)

三郷市不妊検査費・不育症検査費助成金交付申請書兼請求書

三郷市長 あて

年 月 日

次のとおり、三郷市不妊検査費・不育症検査費助成金を申請します。

また、助成要件確認のため本市が保有する住民基本台帳や税情報の公簿による確認や他自治体、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。

助成金の交付が決定された際は、下記の口座へ振込みをしてください。

申請検査		早期不妊検査・不育症検査 (いずれか該当する検査に○)						
申請者	夫	ふりがな		生 年 月 日	昭和	年	月	日
		氏名			平成			
		現住所	〒			()	歳	
		電話番号	*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	年	月	日
		氏名			平成			
		現住所	〒			()	歳	
		電話番号	*日中必ず連絡のとれる電話番号を記入					
助成対象の期間		(夫または妻の検査開始日のうち、いずれか早い日)						
		年 月 日 ~ 1年間						
申請額		円(千円未満切り捨て)						
三郷市長 あて		請求日： 年 月 日						
		請求者氏名 _____ 印 (夫又は妻が署名押印)						
振込先(夫又は妻の名義の口座を記入)								
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	口座番号						
フリガナ								
口座名義人								

太枠内をご記入ください

対象年齢	市税	検査期間	受付日	受付者	決定日	振込日
住所	夫婦双方の検査実施 (不育症は妻のみの検査も可)	初回助成				
婚姻						