

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

未記入

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	みさと たろう	生 年 月 日 昭和 平成 〇〇年 〇月 〇〇日 () 歳
	氏名	三郷 太郎	
	現住所	〒341-8501 三郷市花和田 648-1	
	電話番号	048 - 930 - 7772 *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入	
申請者 妻	ふりがな	みさと はなこ	生 年 月 日 昭和 平成 △年 △△月 △△日 () 歳
	氏名	三郷 はなこ	
	現住所	〒341-8501 三郷市花和田 648-1	
	電話番号	048 - 930 - 7772 *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) 平成31年 4月 1日 ~ 1年間	
申請額		未記入 円 (千円未満切り捨て)	
三郷市長 あて 請求日: 年 月 日		□座名義人と同じお名前 未記入 請求者氏名 三郷 太郎 (夫又は妻が署名)	
振込先 (夫又は妻の名義の口座を記入)			
金融機関名	〇〇〇	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	1234567
フリガナ	ミサト タロウ		
口座名義人	三郷 太郎		

ゆうちょ銀行への振込を希望される場合は、店名または店番(漢数字3ケタ)をご記入のうえ、「口座番号」欄に記号番号をご記入ください。