

三郷市早期不妊検査費・不育症検査費助成金交付申請書

年 月 日

三郷市長 あて

次のとおり、三郷市早期不妊検査費・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、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	フリガナ			生 年 月 日	年 月 日 () 歳	
		氏名					
		現住所	〒				
		電話番号	—	—			*日中必ず連絡のとれる電話番号を記入
	妻	フリガナ			生 年 月 日	年 月 日 () 歳	
		氏名					
		現住所	〒				
		電話番号	—	—			*日中必ず連絡のとれる電話番号を記入
申請額		円（千円未満切り捨て）					
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							

※申請期限

1. 検査終了日（申請基準日）が属する年度の末日
2. 検査開始日から1年を経過した日（申請基準日）が属する年度の末日

上記1、2いずれか早い年度の末日

ただし、上記の申請基準日が1月1日から3月31日までとなる場合は、翌年度の6月30日まで

- 【添付書類】 対象検査に係る領収書及び診療明細書
 三郷市早期不妊検査又は不育症検査実施証明書
 (事実婚のかた等) 婚姻関係を証明できる書類

<p>【担当記入】</p> <p>受付日：</p> <p>決定日：</p>
