

小川町早期不妊検査費・不育症検査費助成事業申請書

年 月 日

小川町長 宛て

次のとおり、過去に埼玉県内で下記申請検査に係る標記助成事業の助成を受けていないため、助成支給を申請します。

申請検査		早期不妊検査 ・ 不育症検査 (いずれか該当検査に○)			
申請者	ふりがな				生 年 月 日
	氏名				
	現住所	〒			( ) 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
配偶者	ふりがな				生 年 月 日
	氏名				
	現住所	〒			( ) 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	(申請者または配偶者のうち、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 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 口座名義人	(申請者名義の口座を記入)	
	口座番号				(口座番号は右詰記入)

<b>同意書</b>	
助成要件の審査に当たり、町が住民基本台帳及び町税の納付状況について確認、他自治体や医療機関に照会することに同意します。	
申請者の氏名 _____	
配偶者の氏名 _____	

※太枠内を御記入ください。

町記入欄

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"/> 検査開始時の女性の年齢が43歳未満 <input type="checkbox"/> 町税の納付状況 <input type="checkbox"/> 男女共に受けた検査(不妊検査) <input type="checkbox"/> 検査期間 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 小川町他助成歴 <input type="checkbox"/> 申請期間		
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