

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

次のとおり、標記助成事業における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○）				
夫	ふりがな				生 年 月 日	
	氏名	印				年 月 日
	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
妻	ふりがな				生 年 月 日	
	氏名	印				年 月 日
	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	(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)					
小川町長 宛て						
申請日： 年 月 日 申請者氏名 _____ 印 (夫又は妻が記名押印)						
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	(夫または妻の名義の口座を記入)		
	口座番号				(口座番号は右詰記入)	

※太枠内を御記入ください。

<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することに同意します。	
夫の氏名	印
妻の氏名	印

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"/> 検査開始時の妻の年齢が43歳未満 <input type="checkbox"/> 町税の納付状況 <input type="checkbox"/> 夫婦共に受けた検査(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