

早期不妊検査費・不育症検査費助成事業申請書

次のとおり、標記助成事業における助成を申請します。

また、助成要件確認のため当町が保有する住民基本台帳の公簿による確認や他自治体及び指定医療機関に照会することに同意します。

夫	フリガナ				生 年 月 日	年 月 日 ( 歳)
	氏名					
	現住所	〒				
	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	フリガナ				生 年 月 日	年 月 日 ( 歳)
	氏名					
	現住所	〒				
	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				
検査期間	年 月 日～			年 月 日		
申請額	円（千円未満切り捨て、上限額2万円）					
(あて先) 三芳町長 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 金庫 農協			本店 支店（支所） 出張所	
	預金の種類	普通	フリガナ	(夫又は妻の名義の口座を記入)		
		当座	口座名義人			
口座番号					(口座番号は右詰記入)	

※太枠内を御記入ください。

事務局記入欄

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"/> 妻の年齢 <input type="checkbox"/> 三芳町助成歴の有無 <input type="checkbox"/> 夫・妻双方の検査実施 <input type="checkbox"/> 検査期間 (6か月以内)					
助成結果	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	助成対象額	支給決定額	承認・不承認年月日		
		円	円	年 月 日		