

様式第1号（第6条関係）

美里町早期不妊検査費・不育症検査費助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

美里町長 様

不妊検査費・不育症検査費助成金を受けたいので申請します。

また、申請内容確認のため、住民基本台帳等の公簿による確認並びに他自治体及び医療機関に照会することに同意します。

申請検査		不妊検査 ・ 不育症検査 (該当する検査に○)			
夫	ふりがな				生 年 月 日
	氏名				
	現住所	〒			
	電話番号	【自宅・携帯・その他( )】 — — *日中必ず連絡の取れる電話番号を記入			
妻	ふりがな				生 年 月 日
	氏名				
	現住所	〒			
	電話番号	【自宅・携帯・その他( )】 — — *日中必ず連絡の取れる電話番号を記入			
助成対象期間		年 月 日～ 年 月 日			
申請額		円 (千円未満切捨て)			
振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農 協 本店 ・ 支店			
	預金の種類	普通	フリガナ		
		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"/> 助成歴の有無	<input type="checkbox"/> 夫及び妻の検査実施	<input type="checkbox"/> 検査期間 (1年以内)
審査結果	<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	