

深谷市早期不妊検査費・不育症検査費助成補助金交付申請書

年 月 日

深 谷 市 長 宛て

深谷市早期不妊検査費・不育症検査費補助金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり補助金を申請します。
 また、補助要件確認のため、本市が保有する住民基本台帳、納税状況等の確認、他自治体及び検査を実施した医療機関に照会することに同意します。

記

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	〒			
	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			
申請者	ふりがな				生 年 月 日
	氏名				
	現住所	〒			
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】 — — *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入			
検査期間	(申請者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)				
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	(申請者のどちらか一方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。(氏名欄は自署であること)

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"/> 不妊検査開始時の女性の年齢43歳未満 <input type="checkbox"/> 滞納なし <input type="checkbox"/> 男女両方の検査実施(又は女性のみ検査実施) <input type="checkbox"/> 検査期間(1年以内) <input type="checkbox"/> 補助歴なし ※添付書類 <input type="checkbox"/> 様式2号又は3号 <input type="checkbox"/> 男女それぞれの領収書(原本) <input type="checkbox"/> 振込口座(写し) <input type="checkbox"/> その他()				
補助結果	<input type="checkbox"/> 交付決定 <input type="checkbox"/> 不交付決定	補助対象額	円	支給決定額	円
				決定年月日	年 月 日