

埼玉県川越市早期不妊検査費・不育症検査費助成申請書

年 月 日

(提出先)

川 越 市 長 様

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。また、助成要件確認のため本市が保有する住民基本台帳等の公簿による確認、他自治体、指定医療機関及び助成対象医療機関に照会することに同意します。

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 昭和 平成 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			
配偶者	ふりがな				生 年 月 日 昭和 平成 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			
助成対象期間		(申請者又は配偶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 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	(申請者又は配偶者の名義の口座を記入)	
			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"/> 当市(町村)助成歴の有無 <input type="checkbox"/> 男性・女性双方の検査実施 <input type="checkbox"/> 検査期間 (又は女性のための検査実施)				
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	