

様式第1号（第6条関係）

早期不妊・不育症検査費助成事業申請書

年 月 日

小鹿野町長 様

早期不妊・不育症検査費助成金の交付を受けたいので、小鹿野町早期不妊・不育症検査費助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請します。

また、助成要件確認のため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医療機関に照会することに同意します。

申請者	フリガナ 氏名		生 年 月 日	年 月 日 () 歳
	住所			
	電話番号			【自宅・携帯・その他()】
配偶者	フリガナ 氏名		生 年 月 日	年 月 日 () 歳
	住所			
	電話番号			【自宅・携帯・その他()】
検査期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
申請額	円（千円未満切り捨て）			
添付書類	<input type="checkbox"/> 早期不妊・不育症検査実施証明書 <input type="checkbox"/> 滞納がない証明書 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 口座を証明できるもの			
振込先	金融機関名		支店名	
	口座種類	普通・当座	口座番号	
	フリガナ 口座名義人			

※太枠内を御記入ください。*電話番号は日中必ず連絡のとれる番号を記載すること。

担当課記入欄

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"/> 当町の助成歴の有無 <input type="checkbox"/> 男性・女性双方の不妊症検査（不育症検査は女性のための検査でも可） <input type="checkbox"/> 検査期間（1年以内）		
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