

利府町不妊検査費助成申請書

年 月 日

利府町長 宛

不妊検査費の助成を受けたいので、利府町不妊検査費助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請者	ふりがな		生年	年	月	日
	氏名		月日	(歳)	
	現住所	〒 電話 — —				
配偶者	ふりがな		生年	年	月	日
	氏名		月日	(歳)	
	現住所	〒 電話 — — ※申請者と異なる場合のみ記入				
助成対象期間	年 月 日 ~ 1年間 (申請者又は配偶者の検査開始日のうちいずれか早い日)					
申請額	金 円 (3万円が上限額)					
確認項目	該当する内容の□にレ点を記入してください。 1 婚姻関係 □ 法律婚 □ 事実婚 2 確認項目（該当しない場合は助成の対象となりません） <input type="checkbox"/> 他の市町村から検査に係る同様の助成を受けたことがない。 <input type="checkbox"/> 申請者及び配偶者が検査を受けた。					
添付書類	関係書類として、次に掲げる書類の☑を記したものを添付する。 <input type="checkbox"/> 医療機関が発行する検査を受けたことを証明する書類及び領収書の写し <input type="checkbox"/> 助成金の振込みを希望する口座に係る通帳又はキャッシュカードの写し <input type="checkbox"/> 夫及び妻の住民票の写し（個人番号の記載のない3月以内に発行されたものに限る。） <input type="checkbox"/> 夫及び妻の戸籍謄本又は事実婚関係にある夫婦であることを確認できる書類（※住民票の写しで確認できる場合は添付不要です。）					

振込先	金融機関名 (申請者の口座を記入)	銀行・信用金庫		本店	
		農業協同組合		支店	
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
	フリガナ				
	口座名義 (申請者)				

【備考】

- 1 受診等証明書の「患者負担（領収）額」と助成金上限額（3万円）を比較し、低い額を「申請額」欄に記入してください（別々の医療機関を受診した場合は、領収書の金額を合算）。
- 2 助成金承認（不承認）決定通知は、申請者の住所地に郵送します。
- 3 この申請書は、助成金の承認決定があった場合に、請求書として取り扱います。
- 4 この申請書に記載された個人情報、この補助金の事務処理にのみ使用し、他の目的には使用しません。