

神川町早期不妊検査費助成事業申請書

年 月 日

次のとおり、標記助成事業における助成支給を申請します。

また、助成要件確認のため当町が保有する「住民基本台帳」・「町税等の納付状況」の公簿による確認、さらに、他自治体及び指定医療機関に照会することに同意します。

夫	ふりがな				生 年 月 日	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				
妻	ふりがな				生 年 月 日	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				
不妊検査期間	年 月 日～ 年 月 日					
申請額	円（千円未満切り捨て）					
神川町長 様 申請日： 年 月 日 申請者氏名 _____ 印 （夫又は妻が記名押印）						
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫		本店		
		農協 組合		支店（支所）		
	預金の種類	普通 当座	フリガナ 口座名義人	(夫または妻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。

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"/> 夫・妻双方の検査実施 <input type="checkbox"/> 検査期間（6か月以内）					
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		