様式第１号（第６条関係）

越生町早期不妊検査費・不育症検査費助成事業申請書

年　　月　　日

越生町長　様

次のとおり、標記助成事業における助成支給を申請及び請求します。

また、助成要件確認のため当町が保有する住民基本台帳等の公簿による確認や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。

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	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	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 口座名義人	（申請者又は配偶者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	□婚姻　□住所　□当町助成歴の有無　□男性・女性双方の検査実施）　□検査期間（又は女性のみの検査実施）		
助成結果	□承認 □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