

行田市不育症検査費助成事業助成金支給申請書兼請求書

行田市長

過去に埼玉県内で不育症検査助成金に係る助成を受けていないため、行田市不育症検査助成金の交付を受けたいので、行田市不育症検査費助成事業実施要綱第6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。

また、当該申請の審査に当たって行う確認事項（住民基本台帳の閲覧、市税等の確認、他自治体及び指定医療機関等への照会）に係る調査について同意します。

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		
助成対象期間	(夫又は妻の検査開始日のうち、いずれか早い日) 年 月 日 ~ 1年間			
申請額	円 (1, 000円未満切り捨て) ※自己負担額が2万円を超えた場合は、2万円が上限となります。			
添付書類	<input type="checkbox"/> 行田市不育症検査実施証明書 <input type="checkbox"/> 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類（夫婦で住所が異なる場合） <input type="checkbox"/> 住所を確認できる書類（夫婦のいずれかの住民票が本市以外にある場合） <input type="checkbox"/> 指定医療機関等が発行する不育症検査費の領収書の原本（審査終了後、返却します。） <input type="checkbox"/> 助成金の振込を希望する金融機関の口座名義及び口座番号が分かるものの写し			
申請日：	年 月 日			
	申請者（請求者）氏名 _____ 印 (夫又は妻が記名押印)			

助成金は、次の口座に振り込んでください。

(行田市不育症検査費助成金の受領権限を次の口座名義人に委任します。)

口座 振込 記入 欄	金融機関名		支店名		種目
	銀行		本店		1 普通
	信用金庫		支店		
	農協		支所		2 当座
	信用組合		出張所		
	金融機関コード		店舗コード	口座番号	
フリカナ			検収		債権者コード
口座名義人			年 月 日	印	

市確認欄

要件確認	<input type="checkbox"/> 婚姻している夫婦 <input type="checkbox"/> 住民票（申請日に夫婦の双方又は一方） <input type="checkbox"/> 検査開始日に妻が43歳未満 <input type="checkbox"/> 夫と妻の双方が検査を受けた又は妻のみが受けた検査（実施証明書で確認） <input type="checkbox"/> 「検査期間の終了日の年度」又は「検査開始日から1年後」のいずれか早い年度内 （ただし、そのいずれかの日が2月1日～3月31日の場合は、翌年度5月31日まで） <input type="checkbox"/> （検査開始日のうち、いずれか早い日から）検査期間が1年以内 <input type="checkbox"/> 夫婦ともに、市税等の滞納がない			
助成結果	<table border="1"><tr><td data-bbox="264 454 837 571">助成対象となる不育症検査に係る患者負担額 円</td><td data-bbox="837 454 1157 571">申請額 円</td><td data-bbox="1157 454 1485 571">市支給決定額 円</td></tr></table>	助成対象となる不育症検査に係る患者負担額 円	申請額 円	市支給決定額 円
助成対象となる不育症検査に係る患者負担額 円	申請額 円	市支給決定額 円		