

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

年 月 日

行田市長

過去に埼玉県内で不育症検査費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、他自治体及び医療機関等への照会）に係る調査について同意します。

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()】 - - *日中必ず連絡の取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()】 - - *日中必ず連絡の取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、いずれか早い日) 年 月 日 ~ 1年間			
申請額	円 (千円未満切捨て) ※検査開始時の女性の年齢が35歳未満の場合は3万円、それ以外の場合は2万円が上限			
添付書類	<input type="checkbox"/> 行田市不育症検査実施証明書 <input type="checkbox"/> 法律上の婚姻関係にある男女又は事実婚関係にある男女であることを確認できる書類 (男女で住所地在異なる場合) <input type="checkbox"/> 住所を確認できる書類 (男女のいずれかの住民登録が本市以外にある場合) <input type="checkbox"/> 不育症検査を実施した医療機関が発行する不育症検査の領収書の原本 (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			

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事業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 2 当座
	信用金庫		支店		
	農協		支所		
	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		年 月 日 印			

