

松伏町早期不妊検査費・不育症検査費助成金交付申請書

年 月 日

松伏町長 宛て

次のとおり、不妊検査費・不育症検査費助成金の交付を受けたいので申請します。
 なお、当該申請の審査に当たって行う確認事項に係る調査について承諾します。

申請区分		□不妊検査費		□不育症検査費	
申請者	夫	フリガナ			生年月日 年 月 日 () 歳
		氏名			
		現住所	〒		
		電話番号	自宅・携帯 - - 日中必ず連絡がとれる番号を記入		
	妻	フリガナ			生年月日 年 月 日 () 歳
		氏名			
		現住所	〒		
		電話番号	自宅・携帯 - - 日中必ず連絡がとれる番号を記入		
不妊検査 期間 不育症検査		年 月 日～		年 月 日	
申請金額		金		円（千円未満切捨て）	
添付書類	不妊検査費用	<input type="checkbox"/> 松伏町早期不妊検査実施証明書（様式第2号） <input type="checkbox"/> 夫婦であることの証明書 <input type="checkbox"/> 検査費の領収書 <input type="checkbox"/> 金融機関の口座名義人及び口座番号がわかるものの写し			
	不育症検査費用	<input type="checkbox"/> 松伏町不育症検査実施証明書（様式第3号） <input type="checkbox"/> 夫婦であることの証明書 <input type="checkbox"/> 検査費の領収書 <input type="checkbox"/> 金融機関の口座名義人及び口座番号がわかるものの写し			

助成金は、（夫・妻）名義の下記の口座に振り込んでください

振込先	フリガナ			
	口座名義			
	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店（支所） 出張所	
	預金種別	普通 ・ 当座		
	口座番号			