

第1号様式（第6条関係）

伊奈町早期不妊検査費・不育症検査費助成金申請書

年 月 日

伊奈町早期不妊検査費及び不育症検査費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

また、交付の要件の確認のため、町が保有する住民基本台帳その他の公簿によって確認を行うことや他自治体及び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 (該当検査に○)		
夫	フリガナ		生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成 ( ) 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	フリガナ		生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成 ( ) 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、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)			
(宛先) 伊奈町長 申請日 年 月 日 申請者氏名 _____				

※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"/> 夫婦 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 当町助成歴の有無 (又は妻のみの検査実施)	<input type="checkbox"/> 夫・妻双方の検査実施	<input type="checkbox"/> 検査期間
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