様式第１号

上里町早期不妊検査費助成事業申請書

　　年　　月　　日

　　（あて先）上里町長

上里町不妊検査費助成金の交付について、下記のとおり申請します。なお、この申請に基づく助成金の交付決定にあたり、住民基本台帳の閲覧、町税に滞納がないことの確認その他確認等が必要な場合には、医療機関等に町が照会することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 夫 | ふりがな |  | | | | | | | | | 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 | ふりがな |  | | | | | | | | | 生  年  月  日 |  | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | 昭和  　　　　　 年　　 月 　　日  平成  　　　　　　　（　　　　）歳 | |
| 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 | | | | | | | | | | | |
| 不妊検査期間 | | 年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 申請額 | | 円（千円未満切り捨て） | | | | | | | | | | | |
| 上里町長　様  　　　　　　年　　　月　　　日  申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印  (夫又は妻が記名押印) | | | | | | | | | | | | | |
| 振　込　先 | 金融機関名 | | 銀行　　　　　　　　　　　本店  　　　　　　　　　　　　金庫　　　　　　　　　　　支店（支所）  　　　　　　　　　　　　農協　　　　　　　　　　　出張所 | | | | | | | | | | |
| 預金の種類 | | 普通  当座 | | フリガナ | |  | | | | | | |
| 口座名義人 | | （夫または妻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　　□当市（町村）助成歴の有無　□夫・妻双方の検査実施　□検査期間  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（６か月以内） | | | | | |
| 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 |