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 |