

様式第1号（第6条関係）

川島町早期不妊検査費・不育症検査費助成金申請書兼請求書

年 月 日

川島町長 あて

川島町早期不妊検査費・不育症検査費助成金交付要綱第6条の規定により、川島町早期不妊検査費・不育症検査費助成金の交付を受けたいので申請及び請求します。なお、当該申請の審査に当たって行う住民基本台帳の確認、町税の納付状況等に係る調査及び他自治体及び指定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 (いずれか該当検査に○)			
夫	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()】 — — *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入			
妻	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)			
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	ふりがな	(夫または妻の名義の口座を記入)	
			口座名義人		
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	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 当町助成歴の有無 <input type="checkbox"/> 夫・妻双方の検査実施 <input type="checkbox"/> 検査期間 (又は妻のみの検査実施)				
助成結果	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 不交付	助成対象額 円	支給決定額 円	交付・不交付年月日 年 月 日	