

第1号様式（第6条関係）

草加市早期不妊検査費・不育症検査費助成金交付申請書

年 月 日

草加市長 宛て

過去に埼玉県内で次の申請検査に係る助成金の交付を受けていないため、草加市早期不妊検査費・不育症検査費助成金交付要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。また、助成要件確認のため草加市が保有する住民基本台帳等の公簿による確認、他の市町村、指定医療機関及び助成対象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
	氏名	Ⓜ		() 歳
	現住所	〒		
	電話番号 FAX番号	【自宅・携帯・その他()】 — — *日中必ず連絡のとれる番号を記入		
妻	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名	Ⓜ		() 歳
	現住所	〒		
	電話番号 FAX番号	【自宅・携帯・その他()】 — — *日中必ず連絡のとれる番号を記入		
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 (千円未満切捨て)			

※太枠内を記入してください。

※申請者が自署した場合は押印を省略することができます。

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"/> 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 (不育症検査は妻のみの実施でも可)		
助成結果	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 不交付	助成対象額 円	交付決定額 円 交付・不交付年月日 年 月 日