

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をし、他の市町村若しくは不妊検査又は不育症検査を実施した医療機関に照会し、情報提供を受け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○)	
申請者 (検査を受けた人)	ふりがな		S・H
	氏名	Ⓜ	年 月 日 () 歳
	現住所	〒	
	電話番号 FAX 番号	* 日中必ず連絡のとれる番号を記入	
配偶者等	ふりがな		S・H
	氏名	Ⓜ	年 月 日 () 歳
	現住所	〒	
	電話番号 FAX 番号	* 日中必ず連絡のとれる番号を記入	
助成対象期間	(申請者又は配偶者等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。

※男女とも検査を受けた場合は、どちらかが代表して申請してください。

※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。

[添付書類]

- 対象検査に係る領収書及び診療明細書
- (不妊検査を受けた方) 草加市早期不妊検査費・不育症検査費助成金対象不妊検査実施証明書(第2号様式)
- (不育症検査を受けた方) 草加市早期不妊検査費・不育症検査費助成金対象不育症検査実施証明書(第3号様式)
- (申請者と配偶者が別世帯の方・事実婚の方等) 婚姻関係等を証明できる書類

※草加市使用欄

受給者番号	
助成対象額	円
交付決定額	円