

様式第1号（第6条関係）

本庄市早期不妊検査費・不育症検査費助成金交付申請書

年 月 日

（あて先）本庄市長

申請者 \_\_\_\_\_

次のとおり、過去に埼玉県内で下記申請検査に係る標記助成事業の助成を受けていないため、助成支給を申請します。

また、申請内容の確認のため、住民基本台帳等の公簿による確認並びに他自治体及び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。

夫	ふりがな		生年	年	月	日
	氏名		月日			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				
妻	ふりがな		生年	年	月	日
	氏名		月日			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				
申請検査	早期不妊検査・不育症検査（いずれか該当検査に○）					
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）					

※太枠内を記入してください。

申請受理 年月日	年 月 日	受給者番号	
要件確認	<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		
審査結果	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 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