

白井市早期不妊検査費助成金交付申請書(兼交付請求書)

年 月 日

(宛先) 白井市長

白井市早期不妊検査費助成を受けたいので、白井市早期不妊検査費助成金交付要綱第6条の規定により申請(請求)します。

☐ 下記の事項1～3の全てに該当することを確認し、申請します。				※該当することを確認の上、口に✓を記載してください。				
1 過去に他市町村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。								
2 助成要件確認のため当市が保有する住民基本台帳等の公簿による確認、他市町村及び医療機関に照会することに同意する。								
3 千葉県早期不妊検査費用助成事業について、千葉県が提供する動画を視聴の上、事業内容を確認している。 (キーワード:) ※動画内に表示される5文字のキーワードを記入してください。								
申請者	ふりがな						生 年 月 日	昭和 平成 () 歳
	氏 名							
	現住所	〒 白井市						
	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						
配偶者	ふりがな						生 年 月 日	昭和 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						
助成対象期間		(申請者または配偶者の検査開始日のうち、どちらか早い日 年 月 日 ~ 1年間						
申請(請求)額		円 (上限3万円)						
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	(申請者または配偶者の名義の口座を記入) ※口座名義人は白井市民に限ります。				
			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。

白井市記入欄 ※記載しないでください

申請受理 年月日	年 月 日	受給者 番 号			
要件確認	☐ 婚姻 ☐ 住所 ☐ 当市助成歴の有無 ☐ 夫・妻双方の検査実施 ☐ 妻の検査開始年齢(43歳未満) ☐ 検査期間				
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	

振込先金融機関口座確認書類の写し 添付欄

※受取口座の金融機関名・口座番号・口座名義人（カナ）が分かる通帳やキャッシュカードの写し