様式第1号（第8条関係）

鳩山町早期不妊検査費用助成金交付申請書

　　年　　月　　日

鳩山町長　宛て

　次のとおり、過去に埼玉県内で下記申請検査に係る標記交付金を受けていないため、助成金を申請します。また、助成要件確認のため当町が保有する住民基本台帳等の公簿による確認、他自治体、医療機関に照会することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ふりがな | 生年月日 |  | 　　　　　 年　　 月 　　日　　　　　　　（　　　　）歳 |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 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 |
| 夫 | ふりがな |  |  | 生年月日　　　　　 年　　 月 　　日　　　　　　　（　　　　）歳 |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 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 |

|  |  |
| --- | --- |
| 助成対象期間妻 | （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 | フリガナ |  |
| 口座名義人 | （夫又は妻の名義の口座を記入） |
| 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 | 　□婚姻　　□住所　　□当町交付歴の有無　　　□夫・妻双方の検査実施　　□検査期間 |
| 助成結果 | 　□交付　□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 |