

様式第1号（第6条関係）

寄居町不妊検査費・不育症検査費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先)

寄居町長

下記により寄居町不妊検査費・不育症検査費補助金の交付を受けたいので、寄居町補助金等の交付手続等に関する規則第4条第1項の規定により関係書類を添えて申請します。また、補助要件確認のため、寄居町が保有する住民基本台帳の公簿による確認や町税に滞納がないことの確認、その他必要な場合には他自治体、医療機関に町が照会することに同意します。

申請検査		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 (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				
妻	ふりがな				生年月日	年 月 日 (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				
補助対象期間		(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)				
(宛先)						
寄居町長						
申請日： 年 月 日						
申請者氏名 (夫又は妻が記名押印) ㊟						
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	フリガナ	(夫又は妻の名義の口座を記入)		
		当座	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。

町記入欄

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"/> 当町補助歴の有無 <input type="checkbox"/> 夫・妻双方の検査実施 <input type="checkbox"/> 検査期間 (又は妻のみの検査実施)				
補助結果	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	補助対象額	支給決定額	承認・不承認年月日	
	円	円	円	年 月 日	