

記入例

年 月 日

(宛先) 所沢市長

次のとおり、過去に申請検査し、記録がなかったため、助成支給を申請します。また、助成要件確認のため、本市が保育所等住民基本台帳等の公表による確認、他自治体、不妊検査又は不育症検査を実施した医療機関に照会す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)		
夫	ふりがな	ところざわ たろう	昭和・平成
	氏名	所沢 太郎	60年4月1日
妻	現住所	〒359-0025 所沢市上安松1224-1	(38歳)
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】010-1234-5678	
夫	現住所	〒359-0025 所沢市上安松1224-1	昭和・平成
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】010-1234-5678	2年3月31日
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) R. 2年2月1日 ~ 1年間	
申請額		金 , 000 円(千円未満切捨て)	
申請先		並木 夫または妻名義の口座 旧姓不可	
振込先	預金の種類	フリガナ	トコロザワ ハナコ
	口座番号	口座名義人	所沢 花子

太枠内を御記入ください。

事務局記入欄

要件確認	婚姻	住所	令和 年 月 日			
	妻の年齢	43歳未満・35歳未満	課長	主幹	リーダー	担当
助成結果	助成歴の有無	検査期間(1年以内)				
	夫・妻双方の不妊検査実施 (又は妻のみの不育症検査実施)					
備考	承認	助成対象額	支給決定額	承認・不承認年月日		
	不承認	円	円	年	月	日
No. 〒 / /			郵送申請者 領収書返却			