

別添1

様式第1号

埼玉県吉見町早期不妊検査費助成事業（このとり健診推進事業）申請書（記入例）

平成 年 月 日

次のとおり、標記助成事業における助成支給を申請します。

また、助成要件確認のため当町が保有する住民基本台帳の公簿による確認や他自治体及び指定医療機関に照会することに同意します。

夫	ふりがな	さいたま たろう						生 年 月 日	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 平成 (〇〇) 歳
	氏名	埼玉 太郎							
	現住所	〒355-0000 比企郡吉見町大字〇〇 〇〇〇-〇〇							
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入							
妻	ふりがな	さいたま はなこ						生 年 月 日	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 平成 (〇〇) 歳
	氏名	埼玉 花子							
	現住所	〒355-0000 比企郡吉見町大字〇〇 〇〇〇-〇〇							
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】 0493-〇〇-〇〇〇〇 *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入							
不妊検査期間		平成29年 4月 1日 ~ 平成29年10月 1日							
申請額		20,000 円 (千円未満切り捨て)							
吉見町長 様 申請日：平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 申請者氏名 <u>埼玉 花子</u> (印) (夫又は妻が記名押印)									
振 込 先	金融機関名	〇〇〇 銀行 金庫 農協 〇〇〇 本店 支店(支所) 出張所							
	預金の種類	普通	フリガナ サイタマ ハナコ						
		当座	口座名義人	(夫または妻の名義の口座を記入) 埼玉 花子					
口座番号	1	2	3	4	5	6	7	(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	平成 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 (6か月以内)		
助成結果	<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