

様式第1号（第6条関係）

新温泉町不妊ペア検査費助成金交付申請書

年 月 日

新温泉町長 様

申請者氏名 ㊟

新温泉町不妊を心配する方へのペア検査（不妊ペア検査）費助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり助成金の交付を申請します。なお、この申請に係る審査のために、町が以下のことを行うことに同意します。
 (1) 夫婦の戸籍及び住民票の確認をすること。
 (2) 他の自治体における同種の助成金の交付の有無の確認をすること。

記

		(ふりがな) 氏 名	生年月日	
対象者	夫	()	年 月 日生 (歳)	
	妻	()	年 月 日生 (歳)	
	夫 住所 (※)	〒新温泉町 電話 ()		
	妻 住所 (※)	〒新温泉町 電話 ()		
申請金額 円				
上記の助成金については、次の口座に振込みを依頼します。 (申請者本人名義以外の口座には振込みできません。)				
振込先	金融機関名	銀 行・金庫 信用組合・農協		本店・支店・出張所 本所・支所
	預金種別	普通・当座	(左詰記入)	
	ふりがな			
	口座名義人			
申請受理年月日		年 月 日	(交付・不交付) 決定年月日	年 月 日
受給者番号				

- 注1) 太枠の中を御記入ください。
 注2) 申請期限、助成要件等があるので、あらかじめ御確認ください。
 ※夫婦それぞれの住所を御記入ください。
 (添付書類)
 (1) 不妊ペア検査受診等証明書(様式第2号)
 (2) 領収書(受診等証明書の領収年月日及び領収金額と一致するもの)
 (3) その他町長が必要と認める書類

