

様式第1号（第6条関係）

入間市早期不妊治療費助成事業助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）入間市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

入間市早期不妊治療費助成事業実施要綱第6条の規定により、早期不妊治療費助成事業助成金の支給を受けたいので、次のとおり申請し、及び請求します。

夫	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日 歳
	氏 名			
	住 所			
	電話番号			
妻	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日 歳
	氏 名			
	住 所			
	電話番号			
不妊治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日		
申請金額		円（千円未満切捨て。上限10万円）		
振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫 農業協同組合 店		
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			

この申請に当たり、その審査のため必要な範囲で、私及び配偶者の個人情報、市長が公簿等により確認し、及び関係機関に照会することに同意します。

氏名 _____

事務局記載欄

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"/> 県初回助成 <input type="checkbox"/> 市税の滞納の有無		
助成結果	<input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下	助成対象額 円	支給決定額 円 決定・却下年月日 年 月 日