

様式第1号（第6条関係）

入間市早期不妊検査費及び不育症検査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

入間市早期不妊検査費及び不育症検査費助成事業実施要綱第6条の規定により、不妊検査費又は不育症検査費に係る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			
申請対象検査		不妊検査 ・ 不育症検査		
検査期間		年 月 日 ～ 年 月 日（※）		
申請金額		円（千円未満切捨て）		
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 店 農業協同組合		
	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			
個人情報に関する同意 この申請に当たり、その審査のため必要な範囲で、私の個人情報を、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。 署名 夫 _____ 妻 _____				

※ 夫婦が共に受けた場合については、検査開始日のどちらか早い方の日から検査終了日のどちらか遅い方の日までの期間を記載してください。また、検査期間が1年を超える場合は、検査開始日（夫婦が共に受けた場合は、検査開始日のどちらか早い方の日）から1年を経過した日までの期間を記載してください。

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"/> 当市助成歴の有無 <input type="checkbox"/> 夫・妻双方の検査実施 <input type="checkbox"/> 検査期間（1年以内） <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