

様式第1号（第6条関係）

桶川市早期不妊検査費・不育症検査費助成金交付申請書

桶川市早期不妊検査費・不育症検査費助成金交付要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

申請検査	早期不妊検査 ・ 不育症検査 (該当検査に○)		
住所	〒 桶川市		
電話番号	自宅	携帯	
申請者	ふりがな		生年月日 年 月 日 (歳)
	氏名		
配偶者	ふりがな		生年月日 年 月 日 (歳)
	氏名		
検査期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
申請額	円 (1,000円未満切り捨て)	医療機関名	
桶川市長			
申請日 年 月 日			
申請者氏名_____			

助成要件確認のため住民基本台帳等の確認、その他必要な場合に指定医療機関及び他自治体に照会することに同意します。

氏名_____ 氏名_____

※太枠内を御記入ください。

市記入欄

受理年月日	年 月 日			
要件確認	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 助成歴無 <input type="checkbox"/> 検査期間（1年以内）			
	<input type="checkbox"/> 男性・女性双方の検査（不育症検査は女性のみでも可）			
審査結果	<input type="checkbox"/> 交付	助成対象額	支給決定額	交付・不交付年月日
	<input type="checkbox"/> 不交付	円	円	年 月 日