

蓮田市早期不妊検査費・不育症検査費助成申請書兼請求書

年 月 日

蓮田市長

次のとおり、過去に他の自治体で下記申請検査に係る標記助成事業の助成を受けていないため、助成を申請します。また、助成要件確認のため当市が保有する住民基本台帳等の公簿による確認、他自治体、指定医療機関及び助成対象医療機関に照会することに同意します。

申請検査		早期不妊検査 ・ 不育症検査 (いずれか該当検査に○)			
夫	ふりがな				生 年 月 日
	氏名	印			
	現住所	〒			
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】 — — *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入			
妻	ふりがな				生 年 月 日
	氏名	印			
	現住所	〒			
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】 — — *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入			
助成対象期間	(夫又は妻の検査開始日のうち、どちらか早い日) 年 月 日 ~ 1年間				
申請額	円 (千円未満切り捨て)				
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 (支所) 出張所	
	預金の種類	普通 当座	フリガナ 口座名義人	(夫または妻の名義の口座を記入)	
	口座番号				(口座番号は右詰記入)

※太枠内を御記入ください。