

飯能市不妊検査費・不育症検査費助成事業申請書

年 月 日

（宛先）飯能市長

飯能市不妊検査費・不育症検査費助成事業実施要綱第 7 条の規定により、次のとおり申請します。

|             |       |                                       |                                        |                  |  |  |  |  |                  |                           |  |
|-------------|-------|---------------------------------------|----------------------------------------|------------------|--|--|--|--|------------------|---------------------------|--|
| 申請者         | 夫     | ふりがな                                  |                                        |                  |  |  |  |  | 生<br>年<br>月<br>日 | 昭和<br><br>平成<br><br>( ) 歳 |  |
|             |       | 氏 名                                   |                                        |                  |  |  |  |  |                  |                           |  |
|             |       | 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<br>年<br>月<br>日 | 昭和<br><br>平成<br><br>( ) 歳 |  |
|             |       | 氏 名                                   |                                        |                  |  |  |  |  |                  |                           |  |
|             |       | 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 |                  |  |  |  |  |                  |                           |  |
| 不妊・不育症検査期間  |       | 年 月 日 ~ 年 月 日                         |                                        |                  |  |  |  |  |                  |                           |  |
| 申請額         |       | 円                                     |                                        |                  |  |  |  |  |                  |                           |  |
| 振<br>込<br>先 | 金融機関名 | 銀行<br>金庫<br>農協<br>本店<br>支店（支所）<br>出張所 |                                        |                  |  |  |  |  |                  |                           |  |
|             | 預金の種類 | 普通                                    | フリガナ                                   | (夫または妻の名義の口座を記入) |  |  |  |  |                  |                           |  |
|             |       | 当座                                    | 口座名義人                                  |                  |  |  |  |  |                  |                           |  |
| 口座番号        |       |                                       |                                        |                  |  |  |  |  |                  | (口座番号は右詰記入)               |  |

誓約書・同意書

飯能市不妊検査費・不育症検査費助成金の交付に伴い、前住所地において同様の助成金の交付を受けていないことについて誓います。また、助成要件確認のため飯能市が保有する住民基本台帳の公簿による確認や他自治体及び医療機関に照会することに同意します。

※自署の場合は押印不要

夫の氏名 \_\_\_\_\_ (印)

妻の氏名 \_\_\_\_\_ (印)

事務処理欄

|             |                                                                                                                                                                                                                 |                |                |                    |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|--------------------|
| 申請受理<br>年月日 | 年 月 日                                                                                                                                                                                                           | 受給者<br>番 号     |                |                    |
| 要件確認        | <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 助成歴の有無 <input type="checkbox"/> 検査期間<br><input type="checkbox"/> 夫・妻双方の検査実施（不妊検査） <input type="checkbox"/> 夫妻又は妻のみの検査実施（不育症検査） |                |                |                    |
| 助成結果        | <input type="checkbox"/> 承認<br><input type="checkbox"/> 不承認                                                                                                                                                     | 助成対象額<br><br>円 | 支給決定額<br><br>円 | 承認・不承認年月日<br>年 月 日 |