

様式第1号（第6条関係）

北本市早期不妊検査費・不育症検査費助成申請書

年 月 日

（宛先）北本市長

申請者 住所
氏名

次のとおり、標記助成事業（早期不妊検査・不育症検査）における助成金の交付を申請します。

現住所	〒 北本市		
電話番号	自宅	—	携帯（ ） — —
夫	ふりがな		生年月日 年 月 日（ 歳）
	氏名		
妻	ふりがな		生年月日 年 月 日（ 歳）
	氏名		
検査期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
申請額	円	医療機関	
振込先	金融機関	銀行 金庫 農協	本店 支店（支所） 出張所
	種類	普通 当座	口座番号
	名義人	(フリガナ)	

助成要件を確認するため、市が保有する住民基本台帳等の公簿及び市税等の収納状況等を確認すること並びにこれらの事項又は治療内容について他の地方公共団体又は医療機関等に照会することに同意します。

夫 _____ 妻 _____

(自署)

※太枠内を御記入ください。

事務局記入欄

受理年月日	年 月 日		
要件確認	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 事実婚 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 市税 <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> 夫婦（又は妻のみ）での検査実施 <input type="checkbox"/> 検査期間 <input type="checkbox"/> 助成（無）		
審査結果	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	助成対象額 円	支給決定額 円 承認・不承認年月日 年 月 日