

石井町不育症検査費用助成事業申請書

石 井 町 長 殿

石井町不育症検査費用助成事業について次のとおり申請します。
私は、この申請にあたり、石井町不育症検査費用助成事業実施要綱に定められた助成対象者に該当することを誓約します。また、本申請の審査に必要な範囲で町が申請内容の確認を行うことに同意します。
なお、助成金は下記口座に振り込みください。

記

区分		フリガナ 氏 名		生年月日										
対 象 者	申請者			年 月 日										
	配偶者			年 月 日										
	住所	連絡先												
申請額 金 _____ 円 (上限25,000円)														
過去の助成 状況		☐ 今回が初めて <input 3"="" type="checkbox/>()回目・
前回: 年 月頃 助成を受けた市町村名()</td></tr><tr><td rowspan="/> 振 込 先						金融 機関	銀行 金庫 組合		本 店 支 店 出張所			
預金 種別	普通 ・ 当座	フリガナ 口座名義人 *申請者と同一に 限る												
口座番号						右詰 記入								

(注)太枠内をご記入ください。

- 【添付書類】 1. 石井町不育症検査費用助成検査受検証明書(様式第2号)
2. 振込口座が確認できる書類
3. 他の自治体等からの助成金や保険者から高額療養費又は付加給付を受けた場合、金額のわかる書類
(限度額適用認定書又は明細書の写し等)
4. 夫婦が事実婚関係にある場合は、事実婚関係に関する申立書

本人確認 (申請者)	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ 健康保険証(資格確認書) ☐ その他()
---------------	---