

受付日	
受付番号	指令番号

川口市早期不妊検査費・不育症検査費助成事業申請書

(あて先)川口市長

R	年	月	日
---	---	---	---

次のとおり、過去に埼玉県内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、助成金を申請します。また、助成要件確認のため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、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○)										
申請者	ふりがな							生年月日	S・H	年	月	日
	氏名									()歳
	現住所 (住民登録地)	〒						電話番号 (日中連絡が取れる番号)				
配偶者	ふりがな							生年月日	S・H	年	月	日
	氏名									()歳
	現住所 (住民登録地)	〒						電話番号 (日中連絡が取れる番号)				
助成対象期間		申請者または配偶者の検査開始日のうち、どちらか早い日 R 年 月 日(検査開始日の女性の年齢 歳) ~ 1年間										
申請額 (上限2万円、検査開始日の女性の年齢が35歳未満は上限3万円)		円(千円未満切り捨て)										
振込希望口座	金融機関名 (申請者の口座を書いてください。)			銀行 農協 信用金庫	金融機関コード							
	種別	1:普通 2:当座	店名	本店 支店 出張所		店コード						
	フリガナ											
	口座名義人						口座番号					