

千葉県不育症検査費助成事業申請書

(あて先) 千葉市長

年 月 日

千葉県不育症検査費助成事業要綱第 6 条の規定により関係書類を添えて不育症検査費の助成を申請します。

申請にあたり、次の事項について同意します。

- ・不育症検査の実施に関して医療機関に照会すること
- ・他の自治体において、不育症検査費助成を受けていないこと

注) 太枠の中と右上の日付をご記入ください。

申請者	夫	(フリガナ) 氏名	() <small>(注)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。</small>	生年月日		
				昭和・平成	年 月 日生 (歳)	
	妻	(フリガナ) 氏名	() <small>(注)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。</small>	生年月日		
				昭和・平成	年 月 日生 (歳)	
	住所(※1)	〒 ー ー 千葉市 ー 区				
	住所(※2)	〒 ー ー				
	連絡先	電話番号 ー ー (携帯電話など平日・日中の連絡先)		電子メールアドレス @		
申請額	金 ー ー 円 (1円未満端数切捨て、上限10万円)					
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	預金種別	普通 当座	
	口座番号		(フリガナ) 口座名義人	()		

申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	承認・不承認 年 月 日
---------	-------	-------------------	-----------------

備考欄

(受付印)

※1：夫婦の住所を記入する。
 ※2：夫婦の住所が異なる場合に、住所(※1)欄に記入した以外の住所を記入する。

(添付書類)

- 1 千葉県不育症検査費助成事業受診等証明書
- 2 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類
- 3 夫及び妻の所得額を証明する書類及び住所を確認できる書類