

様式第1号

さいたま市早期不妊検査費・不育症検査費助成申請書（記入例）

〇年〇月〇日

申請日を忘れずにご記入ください。

さいたま市長 様

次のとおり、過去に埼玉県内で下記申請検査に係る標記申請します。また、助成要件確認のため市が保有する住民基本台帳及び助成対象医療機関に照会することに同意します。

申請される検査について、どちらかに〇をしてください。

成支給を申請指定医療機関

申請検査		早期不妊検査 ・ 不育症検査 (いずれか該当検査に〇)			
夫	ふりがな				
	氏名			昭和	年 月 日
	現住所	〒		平成	() 歳
	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				
	氏名			昭和	年 月 日
	現住所	〒		平成	() 歳
	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	
助成対象期間		(夫又は妻の検査開始日のうち、どちらか早い日) 年 月 日 ~ 年 月 日			
申請額		円 (千円未満切り捨て)			
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協			
	預金の種類	普通	フリガナ	(夫または妻の名)	
	口座番号	口座名義人			(口座番号は右詰記入)

医師が記載する、各実施証明書（様式2または様式3）の助成対象期間を記載してください。

口座名義人はさいたま市民とし、振込先の内容は添付される口座情報コピーの内容で記載してください。また、普通口座以外をご希望の場合はご相談ください。

※太枠内を御記入ください。

事務局記入欄

申請受理年月日	年 月 日	受給者番号			
要件確認	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 事実婚	<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> 当市助成歴の有無	<input type="checkbox"/> 夫・妻双方の検査実施 (又は妻のみの検査実施)	<input type="checkbox"/> 検査期間
助成結果	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	助成対象額	支給決定額	承認・不承認年月日	
		円	円	年 月 日	