

様式第 1 号（第 6 条関係）

高鍋町不妊検査費助成金給付申請書

年 月 日

高鍋町長 殿

高鍋町不妊検査費助成金給付要綱第 6 条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり不妊検査費の助成を申請します。また、助成要件確認のため、当町が保有する住民基本台帳の公簿及び収納状況を確認すること並びに他自治体、医療機関へ照会することに同意します。

区 分	申請者		配偶者	
ふりがな 氏 名				
生年月日	年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）	
住 所	〒 —		〒 —	
電話番号	— —		— —	
給付を受けようとする助成金の額		検査費用	円	
		文 書 料	円	
		合 計	円	
振込先（申請者名）	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所		
	口座種別	普通 当座	ふりがな 口座名義人	
	口座番号			

注）太枠内をご記入ください。

○本人確認書類（顔写真付き）

☐マイナンバーカード ☐免許証 ☐その他（ ）

○添付書類

【共通】 ☐高鍋町不妊検査費助成金給付医療機関証明書（様式第 2 号）

☐通帳の写し（申請者名義のもの。表紙と支店名が分かるページ）

【夫婦の世帯が異なるとき】 ☐戸籍謄本

《自治体記入欄》

受 給 者 番 号		決 定 内 容	承認 ・ 不承認
決 定 年 月 日	年 月 日	給 付 決 定 額	円
町 税	☐ 完納 ☐ 滞納あり	住 民 確 認	☐ 夫婦 ☐ (夫・妻) のみ
備 考			