

戸田市早期不妊検査費・不育症検査費助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

(宛先)

戸田市長

申請者 住所 戸田市

氏名

印

戸田市早期不妊検査費・不育症検査費助成金交付要綱第6条により、助成金を申請し、請求します。

申請検査		不妊検査・不育症検査		
助成対象者	夫	ふりがな		*住民確認欄
		氏名		
		生年月日	年 月 日	
		現住所	〒 戸田市	
		電話番号	()	
		同意	市が支給要件の該当性等を審査するため、市が私について必要な公簿等の確認を行うことに (同意します。・同意しません。)	
	妻	ふりがな		*住民確認欄
		氏名		
		生年月日	年 月 日	
		現住所	〒 戸田市	
		電話番号	()	
		同意	市が支給要件の該当性等を審査するため、市が私について必要な公簿等の確認を行うことに (同意します。・同意しません。)	
過去の申請の有無		無 ・ 有		
申請額				円

*欄は、記入しないでください。

振込先

金融機関名	銀行・信用金庫						
支店名	支店・本店						
口座種別	普通・当座						
口座番号							
フリガナ							
口座名義							

※添付書類

- 1 戸田市不妊検査実施証明書または、戸田市不育症検査実施証明書
- 2 夫婦であることを確認できる書類（戸籍謄本等）
- 3 住所を確認できる書類

(注) 本市が保有する公簿等により確認することに同意する場合で、本市において確認できるときは、上記2及び3の添付書類は不要です。

*市記入欄（要件確認）

- 婚姻（事実婚を含む） 住所（一方が住民） 妻の年齢（検査開始時43歳未満）
市からの助成歴がない 夫婦双方の検査（または不育症検査は妻のみの検査）
検査期間1年以内 申請期限