

様式第1号（第6条関係）

鶴ヶ島市不育症検査費助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）鶴ヶ島市長

次のとおり、鶴ヶ島不育症検査費助成金の交付を申請します。

助成要件確認のため市が保有する住民基本台帳等の確認及び県内の他市町村、医療機関等に照会することについて同意します。

また、鶴ヶ島市不育症検査費助成金交付要綱による助成金と同一の助成金を埼玉県内の他市町村から受けていないことを誓約します。

申請者	夫	ふりがな			
		氏名			
		生年月日	年	月	日（歳）
		住所	〒		
		電話番号	【自宅・携帯・その他（ ）】	—	—
	妻	ふりがな			
		氏名			
		生年月日	年	月	日（歳）
		住所	〒		
		電話番号	【自宅・携帯・その他（ ）】	—	—
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～1年間	
申請額		円(千円未満切り捨て)			

下記の欄は市で使用しますので、記入しないでください。

要件確認	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 市(町村)助成歴の有無 <input type="checkbox"/> 検査期間			
助成結果	<input type="checkbox"/> 承認	助成対象額	支給決定額	承認・不承認年月日
	<input type="checkbox"/> 不承認	円	円	年 月 日