

吉川市不妊検査等助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

過去に埼玉県内で次の申請検査に係る助成申請に係る助成金の交付を受けていないため、吉川市不妊検査等助成金を次のとおり申請します。

また、助成金の交付が決定された際は、下記の口座へ振込みをしてください。

なお、助成要件確認のため、吉川市が保有する住民基本台帳等の公簿による確認や、他地方公共団体及び医療機関への照会に同意します。

申請検査		不妊検査・不育症検査（いずれか該当検査に○）			
申請者	男性	ふりがな			
		氏名			
	現住所	〒	生年月日	年 月 日	() 歳
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】	—	—	*日中連絡のとれる電話番号を記入
女性	女性	ふりがな			
		氏名			
	現住所	〒	生年月日	年 月 日	() 歳
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】	—	—	*日中連絡のとれる電話番号を記入
助成対象期間	(男性又は女性の検査開始日のうち、早い日) 年 月 日～1年間				
申請額	円 (千円未満切り捨て)				
(宛先) 吉川市長					
請求日： 年 月 日					
請求者氏名 _____ 印 (男性又は女性が記名押印)					
振込先 (男性又は女性の名義人の口座を記入)					
金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 (支所) 出張所		
預金の種類	普通	フリガナ			
	当座	口座名義人			
口座番号					(口座番号は右詰記入)

※太枠内を御記入ください。