

様式第 1 号 (第 6 条関係)

春日部市早期不妊検査費・不育症検査費助成金交付申請書

年 月 日

春日部市長 あて

申請者 住所 _____

氏名 _____

春日部市早期不妊検査費・不育症検査費助成金交付要綱第 6 条の規定により、次のとおり申請します。
また、助成要件確認のため市が保有する個人情報を見直し及び調査すること並びに他自治体及び医療機関に照会することに同意します。

申請検査		早期不妊検査・不育症検査 (いずれか該当する検査に○を記入)		
申請者	ふりがな			生 年 月 日 () 歳
	氏名			
	住所	〒 _____		
	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		
配偶者	ふりがな			生 年 月 日 () 歳
	氏名			
	住所	〒 _____		
	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	(申請者又は配偶者の検査開始日のうち、いずれか早い日) _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 1年間			
申請額	_____ 円 (千円未満切り捨て)			

※太枠内をご記入ください。

※申請者及び配偶者自らが署名してください。

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"/> 住所 <input type="checkbox"/> 当市助成歴の有無 <input type="checkbox"/> 男女双方の検査実施 <input type="checkbox"/> 検査期間			
助成結果	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 不交付	助成対象額 円	交付決定額 円	交付・不交付決定年月日 年 月 日