様式第１号（第７条関係）

幸手市不妊検査費・不育症検査費助成金交付申請書

年　　月　　日

（あて先）幸手市長

不妊検査費・不育症検査費の助成を受けたいので申請します。
なお、当該申請の審査に当たって行う確認事項に係る調査等について承諾します。

申請者	男性	氏名（ふりがな）	
		生年月日	年　　月　　日
		現住所	〒
		電話番号	
	女性	氏名（ふりがな）	
		生年月日	年　　月　　日
		現住所	〒
		電話番号	
	申請区分		□不妊検査費　□不育症検査費
	申請金額		金　　円

添付書類	不妊検査費	□幸手市不妊検査費助成事業に係る実施証明書　□不妊検査費の領収書
	不育症検査費	□幸手市不育症検査費助成事業に係る実施証明書　□不育症検査費の領収書

過去の助成	種類	助成金申請状況（該当するものに✓、必要事項記入）
	幸手市不妊検査費・ 不育症検査費助成事業	□不妊検査 □なし □あり(　　年　月　日 助成額　　円) □不育症検査費 □なし □あり(　　年　月　日 助成額　　円)
	他の市町村での助成事業	□なし　□あり（市町村名　　年　月　日　　円）

振込先	フリガナ			
	口座名義			
	金融機関		本・支店	
	預金種別	普通・当座	口座番号	

【市担当者記入欄】

確認事項	１住民基本台帳による住民登録の確認	確認日　　年　月　日
	２当市における税の納付状況の確認	確認日　　年　月　日
	３他の市町村での助成状況の確認（必要に応じて他市町村への照会）	確認日　　年　月　日