

様式第 1 号（第 5 条関係）

不育症検査治療費助成金交付申請書				
				年 月 日
筑西市長 様				
助成金の交付を受けたいので、筑西市不育症検査治療費助成金交付要項第 5 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。なお、申請についての審査に当たり、市長が戸籍、住民基本台帳、市税等の納付状況その他必要な事項を調査することに同意します。				
振込先の口座名義と同じ方 申 請 者	フリガナ			(夫・妻)
	氏 名	印		
	生年月日	年 月 日 (歳)		
	住 所			
	電話番号			
配 偶 者	フリガナ			(夫・妻)
	氏 名			
	生年月日	年 月 日 (歳)		
	住 所			
	電話番号			
婚姻年月日		年 月 日	☐ 事実婚（戸籍謄本及び申立書を添付）	
検査及び治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日		
検査及び治療に要した額（A）		円 ※保険適用外の額		
申 請 額		円 * 申請額は（A）と 50,000円を比較して低い額を記入してください		
振 込 先	金融機関名			支店等名
	種 類	普通 ・ 当座		
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義			
添付書類		(1)筑西市不育症検査治療費受診等証明書（様式 2 号） (2)その他（		
備 考				