

別 記
第 1 号様式（第 6 条第 1 項）

香取市早期不妊検査費助成申請書

年 月 日

香取市長 様

香取市早期不妊検査費助成事業実施要綱第 6 条第 1 項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

☐ 下記の事項 1 ～ 3 の全てに該当することを確認し、申請します。					※該当することを確認の上、□に✓を記載してください。				
1 過去に他市町村で下記申請検査に係る標記助成事業の助成を受けていない。									
2 助成要件確認のため当市が保有する住民基本台帳等の公簿による確認、他市町村及び保険医療機関に照会することに同意する。									
3 千葉県早期不妊検査費用助成事業について、千葉県が提供する動画を視聴の上、事業内容を確認している。 (キーワード:) ※動画内に表示される 5 文字のキーワードを記入してください。									
申請者	ふりがな							生 年 月 日	年 月 日 () 歳
	氏 名								
	現住所	〒							
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】 — — * 日中必ず連絡の取れる電話番号を記入							
配偶者	ふりがな							生 年 月 日	年 月 日 () 歳
	氏 名								
	現住所	〒							
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】 — — * 日中必ず連絡の取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、どちらか早い日) 年 月 日 ～ 1 年間							
助成対象額		円							
申請額		円 (上限 3 万円)							
振込先	金融機関名	銀 行 本 店 信用金庫 支 店 信用組合 農 協							
		種目	普通 (総合) ・ 当座		口座番号				
	口座名義人	フリガナ							
		氏 名							

【市記入欄】 ※記載しないでください。

要件確認	婚姻	住所	当市助成歴の有無	夫・妻双方の検査実施	検査期間