

様式第1号(第6条関係)

椎葉村不妊検査費助成金給付申請書兼請求書

年 月 日

椎葉村長殿

申請者 住所: 椎葉村大字

氏名: 印

(口座名義人と同一)

電話番号: — —

椎葉村不妊検査費助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて次の通り助成金給付の申請及び請求をします。なお、村が支給要件の審査のため、他の市町村へ支給状況を照会すること、他の市町村より椎葉村の不妊検査費助成状況について照会があった時にはこれに回答すること、不妊検査に関して医療機関等に照会すること、また村民税納税状況、住民基本台帳等について調査することについて同意し、本申請に係る対象経費について、他の市町村から同様の助成を受けていないことを誓約します。

|                 |       |                |  |                      |  |  |  |  |          |               |  |
|-----------------|-------|----------------|--|----------------------|--|--|--|--|----------|---------------|--|
| 対象者             |       | (ふりがな)<br>氏 名  |  | 生 年 月 日              |  |  |  |  |          |               |  |
|                 | 夫     | ( )            |  | 昭和 年 月 日 ( 歳)<br>平成  |  |  |  |  |          |               |  |
|                 | 妻     | ( )            |  | 昭和 年 月 日 ( 歳)<br>平成  |  |  |  |  |          |               |  |
| 振込先             | 金融機関名 | 銀行<br>金庫<br>農協 |  | 本店・本所<br>支店・店<br>出張所 |  |  |  |  | 預金<br>種別 | 普通<br>・<br>当座 |  |
|                 | フリガナ  |                |  | 口座<br>番号             |  |  |  |  |          |               |  |
|                 | 口座名義人 |                |  |                      |  |  |  |  |          |               |  |
| 申請<br>(請求)<br>額 | 検査費   | 円              |  | (助成額上限:3万円)          |  |  |  |  |          |               |  |
|                 | 交通費   | 3,000 円        |  | (助成額一律:3千円)          |  |  |  |  |          |               |  |
|                 | 合計    | 円              |  | 【担当課記入欄】<br>決定金額 円   |  |  |  |  |          |               |  |

※申請の際に、印鑑と健康保険証(夫婦とも)、口座番号が確認できるものをお持ちください。

【担当課確認欄】

- ☐ 椎葉村不妊検査費助成事業受診証明書(様式第2号)
- ☐ 領収書の写し
- ☐ 健康保険証の写し
- ☐ 口座番号が確認できるものの写し
- ☐ 村税等の滞納がないか確認