

岩美町不妊検査費助成金申請書兼請求書

岩美町長 様

住所

氏名

岩美町不妊検査費助成金を下記のとおり受けたいので、関係書類を添えて、申請及び請求します。
尚、助成金は、岩美町公金振込口座に振り込んでください。

また、以下の内容について、同意します。(同意の場合は☑)

- この度の検査について、他の市町村において同種の助成金の給付を受けていません。
- 本助成金の交付審査にあたり、私及び配偶者の住所等を住民基本台帳で確認することを承諾します。(岩美町に住民登録のある場合のみ)
- 本助成金の交付審査にあたり、私及び同居家族に税等の滞納がないことを確認することを承諾します。(岩美町に住民登録のある場合のみ)

記

	(ふりがな) 氏名	生年月日
夫		年 月 日
妻		年 月 日
住所	〒 電話() -	
夫婦の住所が異なる場合(※1) (夫・妻)	〒 電話() -	
検査期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
医療機関支払額(※2)	円	
助成対象不妊検査費(※3)	円	
助成金申請額(※4)	円	

- ※1 夫婦の住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいいます。
- ※2 領収書の額となります。
- ※3 鳥取市不妊検査助成金交付決定及び額の確定通知書に記載されている「算定基準額」となります。
- ※4 本町の助成金の額は、助成対象不妊検査費の全額(上限6,500円)となります。

〈添付書類〉

- 1 鳥取市不妊検査費助成金交付決定及び額の確定通知書
 - 2 不妊検査に係る領収書
- ※上記の書類は、原本を添付してください。(内容を確認後に領収書はお返しします。)

* 以下は記入しないでください。

申請受理年月日		決定年月日(承認・不承認)	
受給者番号			