

門川町不妊検査費助成金給付申請書兼請求書

年 月 日

門川町長 様

門川町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、次のとおり関係書類を添えて不妊検査費の助成を申請、及び請求します。なお、本申請に係る対象経費について、私たちは他自治体から同様の助成を受けていないことを誓約します。

区 分	申請者（請求者）										配偶者・内縁者											
ふりがな																						
氏 名																						
生年月日	年 月 日（ 歳）										年 月 日（ 歳）											
住 所	〒 -										(申請者と異なる場合のみ記入) 〒 -											
電話番号	- -										- -											
(事実婚に該当する場合は ☒) ☐ 私たちは事実婚であることを申し立てます。																						
振込先	銀行 金庫 農協										本店 支店 出張所										口座 種別	普通 ・ 当座
	口座番号									口座名義 (フリガナ)												
申請 (請求) 額	検査費					円																
	文書料					円																
	合 計					円					決定金額 円											

※太枠内を記入してください。

※本助成金の事務執行に必要な範囲で他の行政機関に情報を提供することがあります。

◎添付書類

【共通】

- ☐ 門川町不妊検査費助成事業医療費等証明書（様式第 2 号）
- ☐ 医療機関発行の領収書の写し
- ☐ 同意書（様式第 3 号）
- ☐ 口座番号が確認できるものの写し

【夫婦の世帯が異なる・事実婚の時】

- ☐ 戸籍謄本

※申請者（請求者）は、町の住民基本台帳に登録されている方になります。ご本人の確認のため、マイナンバーカード、運転免許証等をご持参ください。