様式第１号（第５条関係）

長和町不妊検査費用助成事業交付申請書

　　　　　年　　　月　　　日

長和町長　様

関係書類を添えて下記のとおり不妊検査費用の助成を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな |  | 　　年　　月　　日生（　　歳）電話 |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　（夫・妻） |
| 現住所 | 〒　　　　　　　　 |
| 配偶者 | ふりがな |  | 　　年　　月　　日生（　　歳）電話 |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　（夫・妻） |
| 現住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※申請者と異なる場合に記入 |
| 該当する内容の□にレ点を記入してください。（全てに該当しない場合は助成の対象となりません）　□　過去にこの助成を受けたことがない　□　夫と妻の双方が検査を受けた　□　過去に不妊治療（人工授精、体外受精、顕微授精）を受けたことがない |
| 申請内容 | 申請額　　金　　　　　　　　　　　円（助成上限額：25,000円）（夫婦がともに受けた検査費用を合算した額から県が助成した額をひいた額、または、25,000円のどちらか少ない額） |
| 振 込 先 | 口座種別 | 普通当座 | ふりがな |  |
| 口座名義人 |  |
| 金　融機関名 | 　　　　　　　　　　　　銀行・金庫・農協 | 　　　　　　口座番号　　　　　 |
| 店　名 | 　　　　本店・支店・出張所 |  |

注）振込先の金融機関は、申請者名義の口座を記入して下さい。

（添付書類）１長和町不妊検査費用助成事業受診等証明書（様式第２号）

　　　　　　２夫婦双方の不妊検査に係る領収書の原本

　　　　　　３他の行政機関等から助成を受けている場合は決定通知書の写し

　　　　　　４夫婦であることを証明できる書類（住民票等）