

不妊検査費助成金支給申請書

(宛先) 金沢市長

年　月　日

次のとおり、金沢市不妊検査費助成事業実施要綱に基づき、不妊検査費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

助成要件確認のため、本市が保有する住民基本台帳等の確認、他自治体及び医療機関に照会することについて同意します。

申請者	夫	ふりがな						
		氏名	(署名又は記名押印)					
		生年月日	年　月　日 (　歳)					
	妻	住所	〒					
		電話番号	【自宅・携帯】 — — *日中連絡のとれる電話番号を記入					
		ふりがな						
	氏名	(署名又は記名押印)						
	生年月日	年　月　日 (　歳)						
	住所	〒						
電話番号	【自宅・携帯】 — — *日中連絡のとれる電話番号を記入							
婚姻年月日		年　月　日			<input type="checkbox"/> 事実婚 (戸籍謄本及び申立書を添付)			
不妊検査期間		年　月　日 ~ 年　月　日						
申請額		円						
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協			本店 支店 (支所) 出張所			
	預金の種類	普通 当座	フリガナ 口座名義人	(夫または妻の名義の口座を記入)				
	口座番号							(口座番号は右詰記入)

※添付書類

- 1 不妊検査医療機関受診等証明書
- 2 領収書及び明細書
- 3 必要に応じ、下記の書類
 - ・夫婦の一方が市外に在住の場合、住所を確認できる書類（住民票）
 - ・戸籍上の夫婦であることを証明する書類（戸籍謄本）

※事実婚関係にある場合は、夫婦それぞれの戸籍謄本及び事実婚関係に関する申立書