

様式第1号（第6条関係）

高原町不妊検査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

高原町長 殿

高原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、関係書類を添えて、次のとおり助成金の交付の申請及び請求をします。なお、本申請に係る対象経費について、私たちは他の地方公共団体から同様の助成を受けていないことを誓約します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	Ⓜ	年齢	歳
	住所	〒 ー		
配偶者・内縁者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		年齢	歳
	住所	〒 ー ※申請者と異なる場合のみ記入		

(事実婚に該当する場合は) 私たちは事実婚関係にあることを申し立てます。

助成金の申請(請求)額 \_\_\_\_\_ 円 (1,000円未満切捨て:上限30,000円)

金振込先【申請者名義の口座を指定してください】

金融機関名	銀行・信用金庫 農業協同組合 労働金庫	本店・支店 本所・支所 出張所
預金の種類	普通・貯蓄・当座・その他( )	
口座番号		
フリガナ 口座名義人		

【添付書類】

医療費等証明書(様式第2号)、医療機関発行の領収書又はその写し、同意書(様式第3号)、申請者の属する世帯の全員の住民票の写し、戸籍抄本の写し(事実婚もしくは、居住地、世帯が同一でない場合のみ)、その他( )