

不育症検査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

常陸大宮市長 様

不育症検査費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。なお、交付決定を受けたときは、当該助成金について請求しますので、指定口座に振り込んでください。また、この助成金の申請に当たり納税情報等について担当職員が確認することに同意します。

記

住 所	常陸大宮市		
代表者氏名			
電話番号			
夫 氏 名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
妻 氏 名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
助成申請金額		不育症検査費	備 考
	助成対象経費① (保険適用外の費用)	円	※不育症検査医療機関証明書の領収金額
	県助成交付決定額②	円	※茨城県不育症検査費補助金交付決定の額の確定通知書の確定交付金額
	差引金額③ (①-②)	円	
	助成申請金額	円	

金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	預金種別	当座 普通
口座番号				
(フリガナ) 口座名	( )			

市記入欄

【添付書類】 <input type="checkbox"/> 不育症検査医療機関証明書 <input type="checkbox"/> 当該申請分に係る医療機関の領収書 <input type="checkbox"/> その他	受理年月日	年 月 日			
	決定年月日	年 月 日 (承認・不承認)			
決裁	課長	グループリーダー	グループ員	担当者	会計処理