

会津坂下町妊活応援助成申請書

関係書類を添えて下記のとおり、不妊検査にかかる医療費の助成を申請します。  
 また、会津坂下町が本申請の審査に関して関係機関への照会や情報提供を行うことに同意します。

夫	ふりがな							
	氏名							
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	(	歳)	
	現住所	〒	—	(電話			—	—
		会津坂下町						
妻	ふりがな							
	氏名							
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	(	歳)	
	現住所	〒	—	(電話			—	—
	※夫と異なる場合のみ記入	会津坂下町						
申請額		金 円 (助成上限額：20,000円)						
申請日：		年	月	日	申請者氏名 _____			
		(夫又は妻が署名)						
振込先	金融機関名	※申請者の口座を記入		銀行・金庫	本店			
				組合・農協	支店			
	預金種別	普通・当座		フリガナ				
				口座名義人(申請者)				
	口座番号						(右詰め記入)	
助成状況	過去に会津坂下町から妊活応援助成金を受けたことがありますか <input type="checkbox"/> 受けたことがない <input type="checkbox"/> 受けたことがある ( <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 )							

事務局記入欄

要件確認	<input type="checkbox"/> 婚姻 ( <input type="checkbox"/> 事実婚 ) <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 年齢 (43歳未満) <input type="checkbox"/> 検査日			
審査結果	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	助成対象額	支給決定額	承認・不承認決定年月日
		円	円	年 月 日