別　記
第１号様式（第６条第１項）

大網白里市早期不妊検査費助成申請書兼請求書

年　　月　　日

大網白里市長　様

関係書類を添えて下記のとおり、大網白里市早期不妊検査費の助成を申請（請求）します。

□ 下記の事項１～３の全てに該当することを確認し、申請（請求）します。	※該当することを確認の上、□に✓を記載してください。

１　過去に他市町村で下記申請検査に係る標記助成事業の助成を受けていない。
２　助成要件確認のため当市が保有する住民基本台帳等の公簿による確認、他市町村及び医療機関に照会することに同意する。
３　千葉県早期不妊検査費助成事業について、千葉県が提供する動画を視聴の上、事業内容を確認している。
（キーワード：　　）※動画内に表示される５文字のキーワードを記入してください。

申請者	ふりがな		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 （　　）歳
	氏　名			
	現住所	〒		
	電話番号	【自宅･携帯･その他（　）】　　—　　—		＊日中必ず連絡のとれる電話番号を記入
配偶者	ふりがな		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 （　　）歳
	氏　名			
	現住所	〒		
	電話番号	【自宅･携帯･その他（　）】　　—　　—		＊日中必ず連絡のとれる電話番号を記入
助成対象期間		（申請者または配偶者の検査開始日のうち、どちらか早い日　　年　　月　　日 ～ １年間		
申請額（請求額）		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	（申請者の名義の口座を記入）
	口座番号			（口座番号は右詰記入）

※太枠内を御記入ください。

大網白里市記入欄　※記載しないでください

申請受理年月日	年　　月　　日	受給者番　号	
要件確認	□婚姻　□住所　□当市（町村）助成歴の有無　□夫・妻双方の検査実施　□検査期間		
助成結果	□承認 □不承認	助成対象額 円	支給決定額（請求額） 円	承認・不承認年月日 年　　月　　日