

第1号様式（第6条関係）

日進市不妊治療前ペア検査費用補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

日進市長 宛て

申請者  
住所  
氏名  
(口座名義人と同一)  
電話番号

日進市不妊治療前ペア検査費用補助金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり申請及び請求をします。

記

対象者			(ふりがな) 氏 名		生年月日		
	夫	( )			年	月	日生 ( 歳)
	妻	( )			年	月	日生 ( 歳)
	住所(※1)	〒 -			電話 ( )		
	住所(※2) □夫 □妻	〒 -			電話 ( )		
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所			
	預金種別	普通	(フリガナ) 口座名義人	( )			
		当座	(申請者と同一)				
口座番号						(右詰記入)	
申請額・請求額	金		円		本人負担額の7/10 1,000円未満切捨て		
過去にこの補助金を受けたことがありますか。 ない ・ ある (対象外) 補助金を受けた自治体は ( 市町村・その他( ) )							
申請受理年月日			(承認・不承認) 決定年月日				
受給者番号							

注) 太枠の中をご記入ください。

※1：夫婦の住所を記入する。

※2：単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等夫婦の住所が異なる場合に記入する。

(添付書類) 1 日進市不妊治療前ペア検査受診等証明書(第3号様式)

2 医療機関発行の領収書・明細書

3 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類(戸籍謄本)又は事実上婚姻関係と同様の事情の関係であることを証明できる書類

4 住所地を証明する書類(住民票の写し)

誓約事項（□に✓を入れてください。）

申請に当たり、次の事項を確認し、遵守することを誓約します。

- 1 市税を滞納していないこと。
- 2 日進市暴力団排除条例に規定する暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者でないこと。
- 3 過去にこの要綱による補助金又は他の同種同様の補助金の交付を受けていないこと。
- 4 本申請により市が入手する個人情報に関し、本補助金の目的の範囲内で使用されることを了承すること。