

川本町男性不妊検査費助成申請書

_____年 ____月 ____日

川本町長 様

関係書類を添えて下記のとおり男性不妊検査費の助成を申請します。
 なお、助成の適正を判断するため、川本町が必要に応じ、検査内容・結果について医療機関へ照会すること、及び住民基本台帳を確認することに同意します。

| 申請金額 | |
|------------------------------|---|
| 金 _____ 円 _____ | （上限2万8千円） ※検査費用の3/10を乗じた額（1円未満の端数切捨） |
| 〈内訳〉本人支払額 _____ 円（別添領収書のとおり） | |
| 島根県助成額 _____ 円 | |
| 川本町助成額 _____ 円 | |
| 本人負担額 _____ 円 | |

| 対象者 | | 生年月日 | |
|---------------|-----------|----------|---------------------------|
| (ふりがな) 夫氏名 | (_____) | 昭和 平成 | 年 ____ 月 ____ 日 (____ 歳) |
| (ふりがな) 妻氏名 | (_____) | 昭和 平成 | 年 ____ 月 ____ 日 (____ 歳) |
| 住所 | | | |
| 〒 _____ | | | |
| 電話 (_____) | | | |

| 申請者（振込先の口座名義人と同じ） | | 配偶者 | |
|-------------------|-------------------|-----|--|
| 氏 名 _____ 印 _____ | 氏 名 _____ 印 _____ | | |

| 振込先 | | | | | | | | | |
|-------|--|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| 金融機関名 | 銀行 _____ 本店 金庫 _____ 支店 農協 _____ 出張所 | | | | | | | | |
| 預金種別 | 普通 | (ふりがな) _____ | | | | | | | |
| | 当座 | 口座名義人（申請者と同一） | | | | | | | |
| 口座番号 | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | （左詰記入） |

<添付書類>

1. 島根県が発行した男性不妊検査費助成事業承認決定通知書
2. 島根県へ提出した「男性不妊検査費助成事業受診等証明書（様式第2号）」の写し
3. 医療機関が発行した男性不妊検査に係る領収書（原本）