

船橋市早期不妊検査費助成申請書

年 月 日

船橋市長 様

関係書類を添えて下記のとおり、船橋市早期不妊検査費の助成を申請します。

捨 印

※太枠内を御記入ください。消えるボールペン、修正液は使用できません。
訂正する場合は二重線で消し、訂正印（申請者印と同じもの）を押印してください。

☐ 下記の事項 1～3 の全てに該当することを確認し、申請します。		※ 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本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用助成事業について、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	フリガナ		
	氏 名	(印)	生 年 月 日 () 歳
	現住所	〒	検査開始時年齢 () 歳
	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	フリガナ		
	氏 名		生 年 月 日 () 歳
	現住所	〒 □ 申請者と同居所	検査開始時年齢 () 歳
	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		円	
振込先	金融機関コード		支店コード
	金融機関名	銀行・金庫 本店 農協・組合 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 (申請者名義の口座を記入)
	口座番号	(口座番号は右詰記入)	
アンケート		今後の市の施策立案の参考に、ご協力いただける方は下記のアンケートに記入をお願いします。 ・今回の検査を受けた結果 □ 不妊治療を受ける予定 □ 不妊治療は受けない □ 課題はあったものの、すぐに子どもは望んでいないため経過観察とした □ その他	

船橋市記入欄 ※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 円	承認・不承認年月日 年 月 日