

第1号様式（第6条関係）

新居浜市妊娠前検査費助成金交付申請書兼同意書

年 月 日

（宛先）新居浜市長

関係書類を添えて、次のとおり不妊検査費の助成を申請します。

申請に係る審査に当たり、必要がある場合は、医療機関・薬局等及び他の地方自治体へ照会及び情報提供することに同意します。

また、偽りその他不正の手段により助成金の交付を受けたときは、補助金の交付決定の取消を受けることを了知しており、返還命令のあった場合には、これに従い交付を受けた補助金を返還いたします。

(ふりがな) 氏名		生 年 月 日			
夫	( ) (※自署)	年	月	日	( ) 歳 ※検査開始時の年齢
妻	( ) (※自署)	年	月	日	( ) 歳 ※検査開始時の年齢
夫の住所	電話 ( )				
妻の住所	電話 ( )				
助成状況	<input type="checkbox"/> 今回申請する検査費用について、他自治体等において助成を受けていません。				
領収書の金額	円 内訳) 医療機関診療分 _____ 円 薬局支払い分 _____ 円				
受給者 番号	申請受理年月日	年	月	日	交付・不交付 決定年月日
交付決定額	円				

<注意事項>

- ・太枠の中を記載してください。
- ・助成対象期間は、検査開始日から最長1年間です。夫婦両方の検査費用について申請する場合は、夫または妻の検査開始日のいずれか早い日から起算となります。
- ・申請期限は、検査が終了した日の属する年度の3月末日までです。
- ・助成申請（回数）は、夫婦1組につき1回限りです。