

高萩市こうのとり応援事業(不育症検査)補助金交付申請書

年 月 日

高萩市長 宛て

申請者住所

(フリガナ)

氏 名

電話番号

高萩市こうのとり応援事業補助金について、不育症検査に要した経費の補助を受けたいので、高萩市こうのとり応援事業補助金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

検査を受けた者の氏名 (フリガナ)	住 所	生年月日 年 月 日
申請額 (裏面の額)	円	
検査の実施日	年 月 日	
この申請の審査に対し、関係書類の提出に代えて、高萩市備付けの戸籍、住民基本台帳、市税等の納付状況について、公簿を照会することに同意します。		
夫 _____		
妻 _____		
申請者 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 ・ 当座 (フリガナ) 口座名義
	口座番号	

【添付書類】

- (1) 茨城県不育症検査費補助金交付決定通知書の写し
- (2) 茨城県不育症検査費補助金交付申請書の写し
- (3) 茨城県不育症検査費助成事業受診等証明書の写し
- (4) 事実婚関係にある夫婦は、両人の戸籍謄本・住民票及び事実婚関係に関する申立書(様式第5号)
- (5) 市税等完納証明書 (公簿照会に同意しない場合)

【持参書類】

- (1) 本人確認書類 (運転免許証、マイナンバーカード、保険証等) のうち1点
- (2) 受取口座確認書類 (通帳、キャッシュカード等) のうち1点
- (3) 医療機関の発行する領収書及び診療報酬証明書

高萩市記入欄

□住民となった日	夫	年 月 日	妻	年 月 日
□公簿確認 (戸籍・住民基本台帳)		□市税等滞納 (有・無)		
年 月 日 確認者 ( )		年 月 日 確認者 ( )		

申請受理年月日	年 月 日
---------	-------

(裏)

補助申請額計算書

**不育症検査費**

(検査に要した額)

(茨城県補助額)

\_\_\_\_\_円 - \_\_\_\_\_円

(自己負担額)

= \_\_\_\_\_円

(申請額) 年度当たり 5 万円を限度。ただし、治療費用が 5 万円に満たない場合は、当該費用の額。

\_\_\_\_\_円