

文京区男性不妊検査費助成申請書兼請求書

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、下記金額を請求します。  
 申請に当たり、この申請に係る検査について、他の自治体で補助金の交付を受けていないことを誓約します。  
 なお、支給決定金額は下記の口座に振り込んでください。

記

氏 名										生 年 月 日					
(フリガナ) 申請者	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□									年 月 日 ( 歳)					
(フリガナ) 配偶者	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□									年 月 日 ( 歳)					
住所(※1)	郵便番号					電話 ( )									
住所(※2)	郵便番号					電話 ( )									
申請者 氏 名 _____ 印					配偶者 氏 名 _____ 印										
申 請 額 金 _____ 円										年 月 日				文京区長 殿	
振 込 先	金融機関名		銀行 金庫 農協					本店 支店 出張所							
	種 別 (○で囲む。)	普 通 当 座	(フリガナ) ※必ずフリガナを振ってください。					口座名義人							
	口座番号		□	□	□	□	□	□	□	□	(左詰め記入)				

- (注) 1 太枠の中を記入してください。  
 2 ※1には、申請者の住所を記入してください。  
 3 ※2には、配偶者の住所が異なる場合にのみ記入してください。  
 なお、住所が異なる場合とは、単身赴任等で申請者と配偶者が異なる場所に住所を有する  
 場合をいいます。  
 4 以下の書類を添付してください。  
 (1) 文京区男性不妊検査費助成事業受診等証明書  
 (2) 支払金口座振替依頼書  
 ※ その他書類審査の結果、区長が必要と認める書類の提出をお願いすることがあります。