別記

様式第１号（第６条関係）

佐倉市早期不妊検査費交付申請書兼実績報告書兼請求書

年　　月　　日

（宛先）佐倉市長

佐倉市早期不妊検査費助成金の交付を受けたいので、佐倉市補助金等の交付に関する規則第３条第１項の規定により申請するとともに、同規則第１３条の規定により報告し、同規則第１６条第１項の規定により請求します。

□　下記の事項１・２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✓を記入してください。
１　過去に他市町村で早期不妊検査に係る同様の助成を受けていない。 ２　千葉県早期不妊検査費助成事業について、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。	
この助成金の審査に必要な事項として、住民基本台帳情報その他必要な資料の公簿等の確認を行うことや関係機関に必要な資料の提出を求めることに同意します（本人署名の場合は押印不要）。 申請者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞　　配偶者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞	

申請者	ふりがな		生年月日	昭和 平成	年　月　日 （　　）歳
	氏　名				
	現住所	〒			
	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	ふりがな		生年月日	昭和 平成	年　月　日 （　　）歳
	氏　名				
	現住所	〒			
	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		（申請者又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（請求）額		円			
振込先	金融機関名	銀　行 金　庫 農　協		本　店 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	（申請者又は配偶者の名義の口座を記入）	
	口座番号				（口座番号は右詰記入）

※太枠内を御記入ください。

佐倉市記入欄　※記入しないでください

<table>
<tr><td>申請受理
年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td>受給者
番　号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>要件確認</td><td colspan="5">□婚姻　□住所　□本市助成歴の有無　□夫・妻双方の検査実施　□検査期間</td></tr>
<tr><td>助成結果</td><td>□承認
□不承認</td><td>助成対象額
円</td><td colspan="2">交付決定額
円</td><td>承認・不承認年月日
年　　月　　日</td></tr>
</table>