

年 月 日

不育症検査医療費助成申請書

関係書類を添えて下記のとおり不育症検査に係る医療費の助成を申請します。

また、八王子市が不育症検査助成事業による助成金の交付状況についてほかの自治体へ照会することに同意します。

		(フリガナ) 氏名	生年月日
申請者	()		年 月 日 (歳)
配偶者	()		年 月 日 (歳)
申請者住所	郵便番号 -		
配偶者住所 (申請者と異なる 場合のみ記入)	郵便番号 -		
電話番号	日中必ず連絡が取れる電話番号を記入。また保健所からの着信履歴があれば折り返しお電話ください。		
ご夫婦それぞれの 電話番号を必ず 記入して下さい。	1. - -	【携帯(夫・妻)・自宅・その他()】	
	2. - -	【携帯(夫・妻)・自宅・その他()】	
	3. - -	【携帯(夫・妻)・自宅・その他()】	

申請者氏名

配偶者氏名

(申請者及び配偶者が自署してください。)

検査期間 年 月 日 ~ 年 月 日

(夫又は妻の検査開始日のうち、どちらか早い日が開始日)

申請額 円

住民登録 の有無	夫(有・無) (東京都・八王子市) S/H/R 年 月 日	自治体照会
	妻(有・無) (東京都・八王子市) S/H/R 年 月 日	要・無
婚姻の確認	<input type="checkbox"/> 法律婚 (S/H/R 年 月 日) <input type="checkbox"/> 事実婚	承認
検査内容	<input type="checkbox"/> 東京都 (1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 国 (7) 年齢 <input type="checkbox"/>	
申請回数	<input type="checkbox"/> 1回のみ (1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 回目 (7)	不承認
決定金額	円	

受付印