

様式第1号

さいたま市早期不妊検査費・不育症検査費助成申請書（記入例）

○年○月○日

さいたま市長 様

自署でご記入ください。パソコンで入力・印刷した場合には、夫・妻の氏名欄右側にサイン（または押印）をしてください。

申請日を忘れずにご記入ください。

次のとおり、過去に埼玉県内で下記申請検査に係る標記申請します。また、助成要件確認のため市が保有する住民基本

申請される検査について、どちらかに○をしてください。

成支給を申請指定医療機関に照会することに同意します。

申請検査		早期不妊検査 ・ 不育症検査			(いずれか該当検査に○)	
夫	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				
妻	ふりがな				生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 ( ) 歳
	氏名	医師が記載する、各実施証明書（様式2または様式3）の助成対象期間を記載してください。				
	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				
令和4年度（令和5年3月31日まで）に検査が終了した方は、年齢に関わらず上限金額2万円までです。		令和5年度（令和5年4月1日以降）に検査が終了した方は、申請額は上限2万円まで。ただし検査開始時の妻年齢が35歳未満である場合上限3万円までです。		年 月 日 ~ 年 月 日		円（千円未満切り捨て）
込 先	預金の種類	普通	口座名義人	(夫または妻の名)		口座名義人はさいたま市民とし、振込先の内容は添付される口座情報コピーの内容で記載してください。また、普通口座以外ををご希望の場合はご相談ください。
	口座番号					

※太枠内を御記入ください。

事務局記入欄

申請受理年月日	年 月 日	受給者番号				
要件確認	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 事実婚	<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> 当市助成歴の有無	<input type="checkbox"/> 夫・妻双方の検査実施 (又は妻のみの検査実施)	<input type="checkbox"/> 検査期間	
助成結果	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	助成対象額	円	支給決定額	円	承認・不承認年月日 年 月 日