

令和 7 年度十和田市不妊検査費用助成金交付申請書

関係書類を添えて次のとおり検査費の助成を申請します。

申請者	ふりがな			昭和・平成 年 月 日生		
	氏 名			(歳)		
	住 所	〒 () 電話 ()				
配偶者	ふりがな			昭和・平成 年 月 日生		
	氏 名			(歳)		
	住 所	〒 () 電話 ()				
申請額		金 円 (助成上限額：50,000 円)				
十和田市長 様 年 月 日 申請者氏名 _____ (口座名義人と同じ)						
振込先	金融機関名	銀行・金庫			本 店	
	※申請者の	組合・農協			支 店	
	口座を記入	()			出張所	
	預金種別	普 通 ・ 当 座			ふりがな	
					口座名義人	
					(申請者)	
	口座番号					(右詰めでご記入ください)
確認項目	該当する内容の□に☑を記入してください。 確認項目 (該当しない場合は助成の対象となりません) □夫と妻の両方が検査を受けた					

- 【注意事項】
- ・申請回数は夫婦 1 組 1 回限りとなります。
 - ・助成金申請後に受診した費用は、助成期間内（令和 8 年 1 月 1 日から同年 3 月 31 日まで）でも、再度申請することはできません。
 - ※ 1 自己負担額と助成金上限額（50,000 円）を比較し、低い額を「申請額」欄に記入してください。1,000 円未満は切り捨てとなります。
 - ※ 2 助成金承認決定（不承認決定）通知は、申請者の住所地に郵送します。

【添付書類・チェックリスト】

No.	申請書類	申請者	市記入欄
1	不妊症検査費用助成事業に係る受診等証明書（様式第 2 号）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	不妊症検査を受けた時の領収書及び明細書の原本又はその写し	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	夫婦の住民票	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	➡（続柄が確認できない場合）戸籍謄本（全部事項証明書）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	申請者の振込口座の通帳コピー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	（妻の住民票が十和田市にない場合） 妻の年齢を証明する公的機関が発行する書類の写し	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>