

年 月 日

## 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 (歳)
	氏名			
	住所	〒( - ) 電話 ( )		
配偶者	ふりがな			昭和・平成 年 月 日生 (歳)
	氏名			
	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 <u>※申請者の 口座を記入</u>	銀行・金庫 組合・農協 ( )		本店 支店 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 →（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"/>