

盛岡市不育症検査費助成事業申請書兼請求書

年 月 日

盛岡市長 様

助成の対象となる不育症の検査を受けましたので、関係書類を添えて次のとおり不育症検査費の助成を申請します。

盛岡市が、助成の適正を図るために、必要な限度で、他の自治体に助成状況の照会をすること及び実施医療機関に不育症検査受検証明書、不育症検査結果個票等添付書類の内容について照会することについて同意します。

「盛岡市不育症検査費用助成検査受検証明書」に記載の検査結果等について、個人が特定されない形で国に提出し、国がその情報を施策の検討に活用するため集約・分析等を行うことについて同意します。

記

申請者 (受検者)	ふりがな				電話番号	( )		
	氏名				住所	〒		
	生年月日	年	月	日				
申請金額		金			円			
振込先 ※2	金融機関名	銀行			店			
		金庫			店			
		農協			所			
預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人		( )				
口座番号								(左詰記入)

(注) 太枠内を、ご記入ください。

※ 口座名義人は、申請者の個人名義であること。また、この申請書の提出により、申請者が上記振込先への助成金の振り込みに同意します。(同意する場合□にレ点チェックを入れてください。同意がない場合は助成が受けられません。)

(以下は記入不要です。)

- 不育症検査費助成検査受検証明書【実施医療機関作成】
- 不育症検査結果個票【実施医療機関作成】
- 実施医療機関が発行する検査費用に係る領収書及び明細書
- その他盛岡市長が必要と認める書類

受付 記入欄	受給者番号				承認・不承認			
					決定年月日	年	月	日