

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、審査に必要な範囲で申請内容の調査や確認、照会を行う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	