

下関市不育症検査費助成事業申請書

関係書類を添えて、以下のとおり不育症検査の助成を申請します。
 また、本申請に当たり、下関市が助成要件確認のため市が保有する住民基本台帳等の公簿による確認及び市町村又は受検した医療機関に情報の照会を行うこと並びに「下関市不育症検査費助成事業検査受検証明書」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。

	(ふりがな) 氏 名		生年月日	
申請者	() -----		年 月 日 (歳)	
住所	〒		電話 ()	
備考				
申請額 金 _____ 円 年 月 日 宛先 下関市長				
振 込 先	金融機関名		<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店(支所) <input type="checkbox"/> 出張所	
	貯金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	(ふりがな)	()
			----- □座名義人	
□座番号				(左詰記入)

申請受理年月日	年 月 日	承認・不承認	年 月 日	<input type="checkbox"/> 承認
受給者番号		決定年月日		<input type="checkbox"/> 不承認

※太枠の中をご記入ください。

振込先は、申請者が口座名義人となっている口座をご記入ください。

(添付書類)

- 下関市不育症検査費助成事業受検証明書（第2号様式）
- 医療機関発行の領収書（写し）