

青森市不育症検査費用助成事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

青森市長 宛

青森市不育症検査費用助成事業の助成金交付について申請します。

なお、助成の適正な判断をするために必要な場合は、市が保有する個人情報を見学・調査すること及び医療機関に問い合わせること、また、当該申請書は、市において助成金を交付することを決定した後は請求書として取扱うことに同意します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日			
	氏名	印		( 歳)			
	住所	〒			電話番号 — —		
検査	検査費用	円	申請額 (請求額)	(検査費用の7割相当の額(千円未満の端数切り捨て)と6万円のうち、いずれか低い金額) 円			
振込先	金融機関名				本・支店名		
	預金種別	普通 ・ 当座					
	口座番号 (右づめ)					フリガナ	
						口座名義人	

【添付書類】

(毎回必要な書類)

- 1 青森市不育症検査費用助成事業受検証明書(様式第2号)
- 2 実施医療機関の発行した対象検査に係る領収書

(青森市に初めて申請する方・2回目以降の申請で変更のある方のみ)

- ・ 振込先の口座(金融機関名、本・支店名、預金種別、口座番号及び口座名義人(カナ))がわかる通帳等の写し

【検査結果等に関する項目について国への報告を行うことに関する説明書】

「青森市不育症検査費用助成事業受検証明書」に記載された検査結果等について、個人が特定されない形で国に報告し、国がその情報を施策の検討に活用するため、集約・分析等を行います。

申請者と口座名義人が異なる場合は、下記の委任欄にご記入の上ご押印ください。

私は、上記口座名義人に、不育症検査費用助成金の受領を委任します。			
年	月	日	申請者氏名
			印