

大津市先進医療に係る不育症検査費用助成金交付申請書

大津市先進医療に係る不育症検査費用助成事業実施要綱第6条第1項の規定に基づき、以下の事項に同意の上、関係書類を添えて次のとおり申請します。

- ☐ 「大津市先進医療に係る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。
- ☐ 住民基本台帳に関する公簿を閲覧し、調査すること。
- ☐ 受検した医療機関及び他の自治体に対し、本申請の審査のために必要な事項について照会すること。
(同意する項目の□にレを記入してください。)

	(ふ り が な) 氏 名		生 年 月 日	
申請者 (検査受検者)	() 印		年 月 日(歳)	
住所	〒		電話 - - 日中の連絡先(携帯電話)	
備考				
申 請 額 金 円 年 月 日 (宛先) 大津市長				
金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所 代理店			
預金種別	普 通 当 座	(ふ り が な) 口座名義人(申請者と同じ)	()	
口座番号				(右詰めで記入してください。)

注) 太枠内を御記入ください。

大津市処理欄

申請受理年月日	年 月 日		(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
受給者番号				