

様式第1号(第6条関係)

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	-	
備考				日中の連絡先(携帯電話)		
申請額	金			円		
年月日				(宛先) 大津市長		
金融機関名	銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所 代理店		
預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人(申請者と同一)		()		
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							