

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

大津市先進医療同意事項を確認の上、すべて成事業実施要綱第6条の上、関係書類に✓をしてください

- 「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」を提出し、国がその情報を施策の検討に活用する形で国に提出し、国がその情報を施策の検討に活用する
- 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、同意する項目の口にしレを記入してください。

押印を忘れずにしてください。  
訂正が必要な場合は、二重線を引き、同じ印鑑で押印してください。  
ただし、申請額は訂正することができません。  
新しい用紙に記入してください。

	(ふりがな) 氏名	生年月日
申請者 (検査受検者)	(おおつ はなこ) <b>大津 花子</b> (大津)	平成8年 5月 24日(29歳)
住所	〒520-0047 大津市浜大津四丁目1-1	申請額は、領収額の7割に相当する額(1,000円未満切捨)です。 ただし、60,000円を超える場合は、60,000円と記入してください。 (例)領収額55,000円×0.7=38,500円 1,000円未満切捨で、申請額38,000円
備考		
申請額	金 <u>38,000</u> 円	
	令和7年 12月 10日	(宛先) 大津市長
金融機関名	滋賀	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) (おおつ はなこ) 口座名義人(申請者と同一) <b>大津 花子</b>
口座番号	0 0 0 1 4 7 5	(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			