

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

「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式に加工した上で本市が国に提出し、施策の検討に活用するため当該検査結果等に係る集約、分析等を国が行うことについて同意するとともに、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、関係書類を添えて次のとおり申請します。

	(ふりがな)		生年月日
	氏名		
申請者 (検査受検者)	( )		年 月 日( 歳)
	印		
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 金庫 農協		本店 支店 出張所 代理店
預金種別	普通	(ふりがな)	( )
	当座	口座名義人(申請者と同一)	
口座番号			

注) 太枠内及び下記署名欄に御記入ください。

私は、大津市先進医療に係る不育症検査費用助成金の交付を受けるに当たり、次のことについて同意します。

- (1) 大津市が住民基本台帳に関する公募を閲覧し、調査すること。
- (2) 必要な場合には、受検した医療機関及び他の自治体からの照会・問合せに回答すること。

氏名 \_\_\_\_\_ (自署)

大津市処理欄

住定日	年 月 日	申請受付場所	<申請受付日>
受給者 番号		<input type="checkbox"/> 健康推進課 <input type="checkbox"/> 郵送	
決定 年月日	年 月 日	受付者 ( )	
	承認 ・ 不承認		
交付決定額	円		