

第1号様式(第6条関係)

不育症検査費用助成事業申請書

京都市不育症検査費用助成事業実施要綱第6条第1項の規定により、以下の事項に同意のうえ、下記のとおり申請します。

- 1 審査に必要な範囲で、夫婦の住民登録状況等について、調査・閲覧すること。
- 2 必要な場合には、他自治体及び受検した医療機関に情報の照会を行うこと。
- 3 「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。

記

注) 太枠の中をご記入ください。

	( ふ り が な ) 氏 名		生年月日		
申請者	( )		年 月 日( 歳)		
住所	〒 _____ 電話 ( ) _____				
過去の助成金受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	「有」の場合 過去に助成を 受けた自治体 及び助成額	自治体名(本市含む)	時期	助成額(円)
			_____	年	円
			_____	年	円
申請額			金 _____ 円		
年 月 日			京都市長 殿		
振込先 (申請者 本人の口座に限る)	金融機関名	銀行		本店	
		金庫		支店	
		農協		出張所	
	貯金種別	普通 当座	( ふ り が な )	( )	
	口座番号		口座名義人	( 左詰記入)	
申請受理年月日				(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号					

( 添付書類 ) 不育症検査費用助成検査受検証明書  
医療機関発行の領収書(写しでも可)

※この欄は、京都市で使用しますので、記入しないでください。

要件 確認	<input type="checkbox"/> 市内在住	京都市内に住所を有した期間 年 月 日 ~ 年 月 日	確認者	
----------	-------------------------------	--------------------------------	-----	--