

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、下記のとおり申請します。  
 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・閲覧することに同意します。  
 また、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並びに不育症検査結果個票の内容について国への提供を行うことに同意します。

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
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 ) 口座名義人	( )	
	口座番号				(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
  - 不育症検査結果個票
  - 医療機関発行の領収書(写しても可)