

東大阪市不育症検査費用助成事業申請書

注) 太枠の中をご記入ください。

	(ふ り が な) 氏 名	生年月日			
申請者氏名 <small>(不育症検査を受検した人)</small>	()	年 月 日			
申請者住所	〒 — —				
電話番号	— —	自宅・携帯・その他 ()			
	— —	自宅・携帯・その他 ()			
申 請 金 額 金 額 円					
(宛先) 東大阪市長 申請年月日 年 月 日					
<ul style="list-style-type: none"> ・関係書類を添えて、上記のとおり不育症検査費用助成事業の助成を申請します。 ・東大阪市が受検した医療機関に情報の照会を行うこと及び不育症検査受検証明書について個人が特定されない形で国への提供を行うこと、国がその情報を施策の検討に活用するため集約・分析等を行うことに同意します。 また、受給要件(住所)について必要な場合は、住民基本台帳等の関係公簿により確認することを承諾します。					
※ 申 請 者 振 込 口 座 に 申 出 欄 に 限 り ま す	金融機関名	銀行 / 農協 信用組合 信用金庫	支店・出張所名	本店 支店 出張所	
	銀行コード		支店コード	<input checked="" type="checkbox"/>	
	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)
申請受付 保健センター 日付印押印欄	健康管理番号				

- (添付書類) ・東大阪市不育症検査受検証明書(様式第2号)
 ・実施医療機関発行の領収書