

金沢市不育症検査費助成金申請書

関係書類を添えて下記のとおり申請します。

	(ふりがな) 氏名	生年月日			
申請者	()	年月日(歳)			
住所	〒	電話番号			
備考					
申請額 金 円					
年月日					
(宛先) 金沢市長					
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協			本店・支店・出張所
	預金種別	普通・当座	(フリガナ) 口座名義人	()	
	口座番号				(左詰記入)
○当該検査結果等について、匿名化した上で国に提出し、国が施策の検討に活用するために集約・分析等を行うことに同意します。					
氏名 _____ (署名又は記名押印)					

注) 太枠の中をご記入ください。

(注意事項)

・治療が終了した日の属する年度（4月1日から翌年3月31日までをいいます。）内に申請してください。

(添付書類)

- 1 不育症検査費助成検査受検証明書
- 2 医療機関が発行する検査費用に係る領収書及び明細がわかるもの