

金沢市不育症検査費助成金申請書

記載例

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	(かなざわ はなこ) 金沢 花子	〇〇年〇〇月〇〇日(〇〇歳)		
住所	〒920-8577 金沢市広坂1丁目1番1号	電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇		
備考				
申請額	記入しないでください			
年 月	円			
(宛先) 金沢市長				
振込先	金融機関名	〇〇銀行・金庫・農協	〇〇本店・支店・出張所	
	預金種別	(普通)・当座	(フリガナ) 口座名義人	(カナザワ ハナコ) 金沢 花子
	口座番号	1 2 3 4 5 6	(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、国が施設の検討に活用するため、分析等を行うことに同意します。

氏名 金沢 花子

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)
(添付書類)

- 不育症検査費助成検査受検証明書
- 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

- 申請者本人が署名
⇒押印不要
- パソコン印字
⇒申請者欄・同意欄に押印 及び
(申請書余白に) 捨印 要
- 訂正箇所(訂正印)がある場合
⇒申請者欄・同意欄に押印 及び
(申請書余白に) 捨印 要

金沢