

不育症検査費用助成申請書

「不育症検査費用助成事業受診等証明書」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・分析等を行うことについて同意の上、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

ふりがな			生年	年 月 日	
申請者氏名			月 日	(歳)	
住 所	〒 連絡先（自宅） (携帯)				
申請金額 金 円 年 月 日 いわき市長					
振 込 先	金融機関名	銀行・農協 組合・金庫 本店・営業部 支店・出張所			
	預 金 種 別	1 普通 2 当座	(ふりがな)		
			口座名義人		
	口 座 番 号				(左詰記入)
備考					

注）太枠の中を記入してください。

市 記 入 欄	申請受理月日		決 定 月 日		年 月 日			
			審 査 結 果		承認 ・ 不承認			
			受 給 者 番 号					
	備 考							

【添付書類】

- 1 不育症検査費用助成検査受検証明書（様式第2号）
- 2 医療機関が発行した領収書等、1の額が確認できる書類
- 3 住民票等申請者の住所を確認できる書類
- 4 振込先の口座番号等が確認できる通帳の写し等

助成の適正を判断するため、受診等証明書に不明な点がある場合は、医療機関に照会することがあります。