

川崎市不育症検査費用助成事業 申請書

(宛先) 川崎市長

関係書類を添えて次のとおり助成を申請します。また、必要な場合には受検した医療機関に情報の照会を行うこと並びに「不育症検査費用助成検査受検証明書」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同意します。

		(記入日)		年	月	日
	(ふりがな)	生年月日				
	氏名					
申請者	()	年 月 日 (歳)				
住所	〒川崎市	電話 ()				
備考						
申請額		金		円		
年 月 日						
振込先	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						(右詰記入)

(注) 太枠の中をご記入ください。

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
 - ・ 助成対象者の住民票の写し(発行後3か月以内のもの)
 - ・ 医療機関発行の領収書(写し)
 - ・ 振込先の口座番号が分かる書類(預金通帳、キャッシュカードの写し等)