

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結果個票(第2号様式別紙)の内容について国への提供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)	()		
	口座番号		口座名義人	(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
 - ・ 不育症検査結果個票(第2号様式別紙)
 - ・ 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)