

宇都宮市不育症検査費用助成事業申請書

(あて先)宇都宮市長

_____年 ____月 ____日

関係書類を添えて下記のとおり不育症検査費の助成を申請します。
また、宇都宮市が実施する以下の事項について、同意します。

- ・ 住民基本台帳を照会すること
- ・ 医療機関に治療内容を照会すること
- ・ 不育症検査費用助成事業受検証明書の内容について国へ提供すること

(注)太線内をご記入ください。

	氏 名	生 年 月 日		
申 請 者	ふりがな	年 月 日 (歳)		
住 所	〒 _____ 日中連絡が付きやすい電話番号 _____			
住 所	宇都宮市 _____			
検査実施日	年 月 日			
申請額	金 _____ 円			
振 込 先	金融機関名	本・支店名	預金種別	口座番号(7ケタ)
	銀行	店番号(3ケタ)	普通	
	金庫			口座名義人 ※申請者名義に限る
	農協			(フリガナ)
()				

- 助成金の振込について
助成申請書を受付後、約3か月で指定口座へ振込みいたします。
振込日の約1週間前に、振込額・振込日等が記載された助成決定通知書兼支払通知書を送付いたします。

市事務処理欄

受理番号		審査結果	承認・不承認	決定年月日	年 月 日	決定額	円
住民日	年 月 日	宛名コード		振込日	年 月 日	備考	

- (添付書類) (1)宇都宮市不育症検査費用助成事業受検証明書(様式第2号)
(2)保険医療機関における不育症検査に要した検査費の額を証する書類