

八尾市不育症治療費等助成事業申請書（検査費）

年 月 日

（あて先）八尾市長

次のとおり、不育症の検査に係る費用の助成を関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日（ 歳）			
	氏名						
	住所	〒 581 - 八尾市		電話番号			
申請金額		不育症検査費用 _____円 様式第2号① 添付 ※1回の検査に係る費用の7割相当額（千円未満切り捨て）で、6万円を上限とします。					
過去の助成状況		今までに八尾市で不育症治療等に対する助成金の交付を受けたことがありますか。 ない ・ ある 【ある場合】 年 月					
振込先 <small>（※申請者名義の口座）</small>	金融機関名				支店名		
	口座種別・番号	普通 ・ 当座					
	フリガナ						
	口座名義人						

【同意】助成要件の審査のため、私の住民基本台帳閲覧及び必要に応じ医療機関への問合せを八尾市が行うことに同意します。また、不育症検査結果個票を当該検査の保険適用に向けた検討等の基礎資料として国に提供することについて同意します。

申請者 _____

申請受付印	申請受付者