

(様式第 1 号)

福島市不育症検査費助成申請書

福島市長

申請日 年 月 日

「福島市不育症検査費助成事業受検等証明書」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、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

申請者 (受検者)	(ふりがな)			生年月日	年 月 日生 ( 歳)
	氏名				
	住所	〒 福島市		電話 ( )	

振込先 (申請者名義)	金融機関名	銀行コード				店番号				
		銀行 金庫 農協				本店 支店 出張所				
	預金種別	普通 当座		口座名義人 (カタカナ)						
	口座番号									(右詰記入、空欄は0埋め)

この助成金は、検査1回あたりの支給回数は1回と決められています。今回の検査日以降に転入された方は、以前にお住いの自治体に、この助成金の受給状況を確認することがあります。

- 【添付書類】
- (1) 福島市不育症検査費助成事業受検等証明書（様式第2号）
  - (2) (1)の金額を確認できる領収書と明細書
  - (3) 振込先の口座が確認できる通帳などの写し

本人確認	マイナンバーカード・その他( )		住所確認	<input type="checkbox"/>
申請額	円	助成額	円	

※助成額は1回の検査にかかる費用の7割相当額（千円未満切り捨て）

申請受付印