

(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 令和 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。

不育症検査の実施に関して医療機関に照会することに同意します。

記

助成対象者	申請者（口座名義人）											
(ふりがな) 氏 名	()											
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)											
現 住 所	〒											
連絡先	— —											
過去における申請の有無 ☐ 無・ ☐ 有												
申請者氏名	(自署)											
振込先 (申請者と同じ)	金融機関名					金 庫 農 協 銀 行	店番号				店 支 店 出張所	☐ 普通 ☐ 当座
	口座番号 (左詰記入)						口座名義人 (カタカナで記入)					

(注)・申請日は、窓口で申請、受付した日となります。記入日ではありませんのでご注意ください。
・太枠の中を記入してください。

(添付書類) 裏面確認

様式第 3 号により、検査結果を国が収集し、当該検査の保険適用に向けた検討等に活用する可能性がありますのでご了承ください。また、助成の適正を判断するため、受診等証明書に不明な点がある場合は、医療機関に照会することがあります。

※福島市記入欄

窓口担当者記入欄	本人確認手段(該当に○)	マイナンバーカード・その他 ()									
入力事務記入欄	受給者番号						助 成 金 額	(残 円 円)			
	決定年月日	令和 年 月 日									
		承認 ・ 不承認									

(R6. 12. 2 制定)

申請受付印

(裏)

✓	書類名	様式・注意点等
	① 福島市不育症検査費助成申請書 【様式第1号】	
	② 福島市不育症検査費助成事業受検等証明書 【様式第2号】	
	③ 不育症検査結果個票【様式第3号】	・ 検査を受けた医療機関で記載してもらうこと。
	④ ②の額を確認できる領収書と明細書 (指定医療機関の発行したもの・原本)	
	⑤ 申請者の住民票 (発行から3か月以内のもの・原本)	・ 福島市民以外は提出すること。 ・ 前住所地、筆頭者、続柄の記載を省略しないこと。
	⑥ 振込口座通帳のコピー	・ 口座情報(金融機関名、支店名、口座番号、口座名義(カナ)が分かる部分
	⑥ 申請者の本人確認ができるもの (原本)	・ マイナンバーカードなど
	⑦ 認印 (スタンプ印不可)	・ 申請時に持参すること。申請書の記載内容を訂正する場合、訂正印として押印いただきます。