

## 堺市不育症検査費用助成事業申請書

年 月 日

堺市長 殿

不育症検査費用の助成を受けたいので、堺市不育症検査費用助成事業の実施に関する要綱第6項第1号の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

また、私は申請するにあたり、次の事項について同意します。

- (1) 堺市が実施医療機関に対して当該不育症検査の内容等の照会等を行うこと。
- (2) 堺市が「不育症検査費用助成検査受検証明書」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すること。
- (3) 国が提出された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。

申請者	ふりがな			生 年 月 日	
	氏名			年 月 日生( 歳)	
	郵便番号			電話番号	
	住所				
申請額 <span style="margin-left: 150px;">金</span> <span style="margin-left: 150px;">円</span>					
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	ふりがな		
	口座番号		口座名義人		
				(右詰で記入してください。)	

**注意**

- 1 振込先は、申請者の口座に限ります。
- 2 次の書類を添付してください。
  - (1) 堺市不育症検査費用助成検査受検証明書
  - (2) 領収書原本