

さいたま市不育症検査（先進医療の検査）費用助成事業申請書

(あて先) さいたま市長

申請年月日 年 月 日

関係書類を添えて次のとおり助成を申請します。

また、「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します。

	(フリガナ)		生年月日(年齢)	
	氏名			
申請者	(フリガナ)		年月日(歳)	
住所	〒			
	電話 ()			
備考				
申請額		金		円
令和 年 月 日				
振込先	金融機関名	銀行		本店
		金庫		支店
		農協		出張所
貯金種別	普通	(フリガナ)	()	
		※口座名義人 (さいたま市民に限ります)		
口座番号				(左詰記入)

(注) 太枠の中をご記入ください。※申請者以外の口座に振込希望の方は、委任状が必要です。

私は、次の者に不育症検査（先進医療の検査）費用助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

受任者（口座名義人）
住所
氏名

委任者（申請者）
住所
氏名

さいたま市使用欄

申請受理年月日		(承認・不承認)		
		決定年月日		
受給者番号				

- (添付書類)
- さいたま市不育症検査費用助成検査受検証明書
 - 申請者の住民票
 - 医療機関発行の領収書(写し)
 - 口座情報のコピー