様式１

記入例

豊橋市不育症検査費用助成事業申請書

関係書類を添えて下記のとおり申請します。
また、必要な場合には受検した医療機関及び他の自治体に情報の照会を行うこと、並びに「豊橋市不育症検査費用助成事業受検証明書」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。

		（ふりがな） 氏　　名	生年月日
	申請者	（なかの　はなこ） 中野　花子	昭和５８年　３月　３日（３８歳）
	住所	〒441-8539 豊橋市中野町１番地 タワーマンション101号	連絡のつく電話番号をお願いします 電話　０９０-１２３４－５６７８
	備　　考		

日付は記入しないでください

額　　金　　円

年　　月　　日

豊橋市

金額は記入しないでください

金融機関名	イオン		銀行 金庫 農協		アクアマリン		本店 支店 出張所	
貯金種別	普通 当座		（ふりがな） 口座名義人（申請者と同一）		（なかの　はなこ） 中野　花子			
口座番号	９	８	７	６	５	４	３	（左詰記入）

申請者と同一

注）太枠の中をご記入ください。

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　）　☐豊橋市不育症検査費用助成事業受検証明書

（　申請者の住所確認 について　）　☐確認済(申請者の運転免許証等により確認すること)