山形市不育症検査費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 山形市長

申請者氏名 _____

山形市不育症検査費用助成金の交付を受けたいので山形市不育症検査費用助成事業実施要綱第5条第1項の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり申請します。

不育症検査費用助成事業による助成金の交付について、本申請の審査に必要な範囲で申請内容の調査・確認を行うことに同意します。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。

なお、本申請に係る検査に対し、他の地方公共団体が実施する国庫補助事業に基づく助成を受けません。

申請者	ふりがな 氏 名						
生年月日	(和暦) 年 月 日 (歳)						
住 所	〒 電話 ()						
決定通知書等送付先※							
検 査 費 支 払 額	円						
交 付 申 請 額	円						
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 組合 農協					本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	(ふりがな) 口座名義人		(申請者と同一)		
	口座番号						(左詰で記入してください。)
受付年月日	年 月 日	(該当・非該当) 決定年月日	年 月 日	受給者番号			

(注) 太枠内を記入してください。

※ 特別な事情で送付先を申請者の住所地以外に希望する場合は、記入してください。

【添付書類】

- ① 不育症検査費用助成検査受検証明書
- ② 医療機関発行の領収書(必須)及び診療明細書
- ③ 助成金の振込みを希望する口座の通帳の写し

以前にお住まいの自治体に受給歴について確認を行うことに関する説明書

この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、検査1回当たりの支給回数は1回と決められています。検査日以後に山形市に転入された方は、以前にお住まいの自治体に、この助成金の受給状況を確認することがありますのでご承知ください。

なお、情報の取扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。