

## 新潟市不育症検査費用助成事業申請書

関係書類を添えて、下記のとおり不育症検査費用の助成を申請します。

年 月 日

(宛先) 新潟市長

※太枠内をご記入ください

申請者	(ふりがな) 氏名	( にいがた はなこ ) 新潟 花子				
	生年月日	○年 ○月 ○日 (○○歳)				
住 所	〒951-8550 新潟市中央区学校町通1-602-1					
日中の連絡先	025 (226) 1205 (携帯電話) ・ 職場 ・ その他( )					
<p>・不育症治療費助成申請の助成金の支給を受けるために、審査に必要な範囲で、申請者の住民基本台帳について、調査・閲覧することに同意します。</p> <p>・また、必要な場合には、自治体又は医療機関への照会並びに先進医療不育症検査費の保険適用に向けた検討等に活用するため不育症検査結果個票を国が収集することに同意します。同意した調査で確認できない場合は、必要書類を提出します。</p>						
氏名 _____ 新潟 花子						
<p>原則、申請者の口座を記入してください。</p> <p>申請者以外の口座に振り込む場合は下記の委任状を記入してください。</p> <p>※申請者の口座であれば、下記の委任状の記入は不要です。</p>						
振込先	金融機関名	新潟 銀行 支店	普通	口座番号		
	(ふりがな) 口座名義人	( にいがた たろう ) 新潟 太郎	当座	1	2	
				3	4	
				5	6	
				7		

金 50,000 円

※申請者本人以外の口座への振り込みを希望する場合は、下記【委任状】を記入してください。

【委任状】私は、次の者に不育症検査費用助成事業において申請した助成金の受領する一切の権限を委任します。

	受任者 (口座名義人)	委任者 (申請者)
(ふりがな) 氏名	( にいがた たろう ) 新潟 太郎	( にいがた はなこ ) 新潟 花子
住 所	〒951-8550 新潟市中央区学校町通1-602-1	〒951-8550 新潟市中央区学校町通1-602-1

【添付書類】①新潟市不育症検査費用助成事業受検証明書 (別記様式第1号)

②不育症検査結果個票 (流産検体を用いた染色体検査結果)

③不育症検査にかかる領収書及び明細書の原本とコピー

委任状は委任者 (申請者) が自署してください。

自署できない場合は記名・押印してください。