

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	()				
	生年月日	年 月 日 (歳)				
住 所		〒				
日中の連絡先	() 携帯電話 ・ 職場 ・ その他 ()					
・ 不育症検査費用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。 ・ 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「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。 氏名 _____ 申請額 金 _____ 円						
振込先	金融機関名	銀行	支店	普通 当座	口座番号	
	(ふりがな) 口座名義人	()				

※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	()	()
住 所	〒	〒

【添付書類】①新潟市不育症検査費用助成受検証明書（別記様式第2号）

②不育症検査にかかる領収書及び明細書の原本とコピー