

【記載例】

(表)

様式第1号 (第5条関係)

大分市不育症検査費助成金給付申請書

申請日

●年 ●月 ●日

大分市長 殿

大分市不育症検査費助成事業実施要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、この申請の審査に必要な場合は、医療機関や他の自治体へ照会することに同意します。また、不育症検査結果個票の内容について、受検者氏名及び実施医療機関名を秘匿とした上で、国に報告することに同意します。

(ふりがな) 申請者氏名	(おおいた はなこ) 大分 花子	生年月日 ●年 ●月 ●日 (●●歳)
住 所	〒 870-8506 大分市荷揚町6番1号 電話 090(1234)5678	
申 請 額	金 _____ x _____ 円 (助成上限額: 60,000円)	
助成状況	いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。 今回申請する検査費用について <input type="checkbox"/> 記入しない <input type="checkbox"/> 受けている <input checked="" type="checkbox"/> 助成を受けていない <input type="checkbox"/> 助成を受けている (自治体名: _____)	

- (添付書類) 1 大分市不育症検査費助成事業受検証明書 (様式第2号)
2 不育症検査結果個票 (様式第3号)
3 医療機関が発行した領収書等の助成の対象となる経費の額が確認できるもの
4 住民票の写し
5 その他市長が必要と認める書類

大分市記入欄						
申請受理年月日	年 月 日	受給者番号				
(給付・不給付) 決定年月日	年 月 日	助成金給付決定額	円			