

一宮市不育症検査費補助金交付申請書

令和 年 月 日

(あて先) 一宮市長

記入しないでください。

関係書類を添えて下記のとおり不育症検査費の補助金交付を申請します。

なお、他自治体を実施する国要綱に基づく不育症検査費用の助成を受けていないことを申し添えます。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「一宮市不育症検査費補助金受検証明書」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。

記

申請者	ふりがな	いちのみや はなこ	生年月日	昭和・平成
	氏名	一宮 花子		60年 7月 15日生 (36歳)
住所	〒491-0867 一宮市 古金町1丁目3番地			電話 0586-52-3851
申請額	金			円
備考	記入しないでください。			

注) 太枠の中をご記入ください。

注) 「生年月日」欄は、申請日時点の年齢を記入してください。

(承認・不承認) 決定年月日		受給者番号					
-------------------	--	-------	--	--	--	--	--

(添付書類) 一宮市不育症検査費補助金受検証明書(領収書)

(本人確認) 確認済(個人番号カード、運転免許証、旅券、その他)