

吹田市不育症検査に係る自己負担額助成金交付申請書兼口座振込依頼書

吹田市 市長 宛

申請年月日 2022年 1月 4日

関係 吹田市不育症検査に係る自己負担額助成金の助成を申請します。
 申請者欄には、不育症検査を受検される方のお名前を記入してください。
 本助成金は、吹田市が住民基本台帳で指定した医療機関に情報の照会を
 吹田市不育症検査に係る自己負担額助成金検査受検証明書（様式第2号）を提出し、指定されない範囲で国に提供することについて同意します。

同じ認印で2箇所押印をお願いします。
 （シャチハタ印不可）

同意します。

注) 太枠の中をご記入ください。

	(フリガナ) 氏 名		生年月日及び年齢		
申請者 (受検者)	ホケン ハナコ 保健 花子 ①		〇〇〇〇年〇〇月〇〇日生 (〇歳)		
住 所	〒564-0072 吹田市出口町19番2号		電話番号 090 (△△△)××××		
<p>申請金額 申請金額は記入不要です。 (記入誤りがあった場合は申請書を再度記入していただく必要があります。)</p>					
(申請者の口座に限ります)	金融機関名	吹田	銀行 金庫 農協	支店 出張所名	吹田 本店 支店 出張所
	預金種別	普通 当座	(フリガナ) 口座名義人 ※申請者の口座に限ります。		ホケン ハナコ 保健 花子
	口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	左詰で記入してください。		
吹田市 収 受 欄					

(添付書類)

- ①吹田市不育症検査に係る自己負担額助成金検査受検証明書（様式第2号）
- ②不育症検査結果個票
- ③不育症検査に要した費用の領収書