

第1号様式（第7条関係）

越谷市先進医療不育症検査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

越谷市長 宛

越谷市補助金等の交付手続き等に関する規則第5条の規定により、＜同意事項＞について同意のうえ、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

申請者 (検査受検者)	ふりがな			生年月日	年 月 日
	氏名				() 歳
	現住所	〒			
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】		—	—
		*日中必ず連絡のとれる電話番号を記入			
申請額		円			
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店(支所) 出張所	
	預金の種類	普通 当座	フリガナ		
			口座名義人		
口座番号				(口座番号は右詰記入)	

※ 申請者以外の口座に振込希望の方は、委任状が必要です。

＜同意事項＞	
1	助成要件確認のため市が保有する住民基本台帳の公簿により確認すること並びに他自治体及び検査実施医療機関に照会すること。
2	先進医療不育症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。

この欄は越谷市で使用しますので記入しないでください。

要件確認	<input type="checkbox"/> 婚姻・事実婚 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 検査期間			
助成結果	<input type="checkbox"/> 助成決定	助成対象額	助成額	決定年月日
	<input type="checkbox"/> 不交付決定	円	円	年 月 日

入力 確認