

横須賀市不育症検査費用助成事業申請書

横須賀市長 殿

「横須賀市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ついて同意の上、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

また、横須賀市が、本申請における不育症検査費用助成検査受検証明書の内容を医療機関に照会することについて同意します。

令和 年 月 日

		ふりがな 氏 名		生年月日			
申請者 (検査を受けた人・自署)				年 月 日 (歳)			
配偶者				年 月 日 (歳)			
住所 (住民票がある住所)		〒 横須賀市					
電話番号		- - ※日中連絡可能な電話番号					
申 請 額		円 ※検査1回につき、検査費用の7割(千円未満切り捨て)ただし、上限6万円まで					
振込先 (申請者)	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協			本店 支店 出張所		
	貯金種別	普通 当座	ふりがな 口座名義人		支店コード		
	口座番号						

注) 太枠の中をご記入ください。

横須賀市事務処理欄

決定年月日	年 月 日 (承認・不承認)
-------	----------------