

川越市先進医療不育症検査費助成事業助成金申請書

(提出先) 川越市長

関係書類を添えて次のとおり助成を申請します。
また、助成要件確認のため本市が保有する住民基本台帳等の公簿による確認及び他自治体又は医療機関への照会並びに「川越市先進医療不育症検査費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します。

	フリガナ		生年月日 (年齢)					
	氏名							
申請者			年 月 日 (歳)					
住所	〒							
	電話 ()							
備考								
申 請 額 金 円								
年 月 日								
振込先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所						
	貯金種別	普通 当座	(フリガナ) () 口座名義人					
	口座番号							(左詰記入)

(注) 太枠の中をご記入ください ※申請者以外の口座に振込希望の方は、委任状が必要です。

私は、次の者に不育症検査（先進医療の検査）費助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

受任者（口座名義人） 委任者（申請者）

住所 住所

氏名 氏名

申請者との続柄 ()

川越市使用欄

申請受理年月日				(承認・不承認) 決定年月日			
受給者番号							