

第2号様式（第5条第4項）

浦安市男性不妊検査費助成金交付申請書

令和 年 月 日

(宛先)浦安市長

申請者 住所

氏名

男性不妊検査費助成金の交付を受けたいので、必要書類を添えて以下のとおり申請します。

※ 男性不妊検査費用について医療保険の適用を受けている場合は、申請することはできません。

夫	ふりがな		生年月日	昭和・平成 年 月 日			
	氏名		電話番号				
妻	ふりがな		生年月日	昭和・平成 年 月 日			
	氏名		電話番号				
	住所						
医療機関名称 所在地 電話番号							
助成金申請額 _____ 円							
<input type="checkbox"/> 領収書の原本 <input type="checkbox"/> 診療明細書の原本又は写し <input type="checkbox"/> 振込口座の確認ができる通帳等の写し							
振込先	金融機関名				本店・支店名		
	預金種別	普通・当座			支店コード		
	口座番号						
	ふりがな						
	口座名義人 (申請者と同一)						

必要書類がない場合において市職員が医療機関へ確認することについて同意します。

署名(申請者)

署名(配偶者)

〈浦安市事務処理欄〉

住基確認	<input type="checkbox"/> 夫	年 月 日～	<input type="checkbox"/> 妻	年 月 日～
領収書合計	円	受付者		
		審査日	年 月 日	
浦安市男性不妊検査費助成金	円	審査担当者		
備考				