

第1号様式 (第5条第1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

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。
 なお、助成金交付決定に必要な場合は、市職員が医療機関へ照会することに同意します。

申請者 (振込先口座 名義人と同じ)	ふりがな		生年月日	昭和・平成		
	氏名			年	月	日
	住所	浦安市				
	電話番号					
配偶者	ふりがな		生年月日	昭和・平成		
	氏名			年	月	日
	住所	浦安市				
	電話番号					
保険 医療機関	所在地					
	名称					
検査日	令和 年 月 日 (年度内に申請)					
申請金額	円 (保険適用外のみ)					
添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書の原本 <input type="checkbox"/> 診療明細書又は男性不妊検査を受けたことが分かる書類 <input type="checkbox"/> 振込口座の確認ができる通帳などの写し					
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					

〈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								