

様式 1

豊橋市不育症検査費用助成事業申請書

関係書類を添えて下記のとおり申請します。

また、必要な場合には受検した医療機関及び他の自治体に情報の照会を行うこと、並びに「豊橋市不育症検査費用助成事業受検証明書」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。

		(ふ り が な) 氏 名		生年月日			
申請者	()		年 月 日 (歳)				
	住所	〒		電話 ()			
		備考					
申請額		金額		円			
年 月 日		豊橋市長 浅井 由崇 様					
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	(ふ り が な)	()				
			口座名義人 (申請者と同一)				
口座番号							(左詰記入)

注) 太枠の中をご記入ください。

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

(添付書類) 豊橋市不育症検査費用助成事業受検証明書

(申請者の住所確認について) 確認済(申請者の運転免許証等により確認すること)