

奈良市不育症検査費用助成事業助成金交付申請書

（宛先）奈良市長

奈良市不育症検査費用助成事業助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、本申請に当たり、奈良市が助成要件確認のため市が保有する住民基本台帳等の公簿により確認し、及び他自治体又は医療機関への照会すること並びに先進医療不育症検査費の保険適用に向けた検討等に活用するため不育症検査結果個票を国が収集することに同意します。

		申 請 日		年 月 日			
		ふ り が な		生 年 月 日			
		氏 名					
申請者 (受検者)				年 月 日 (歳)			
住所		〒		電話 ()			
申請額 (上限5万円)				円			
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本 店 支 店 出張所			
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号				
	ふりがな			※申請者本人以外の口座に振り込むときは、下記の委任状にご記入ください。			
	口座名義人						
申請受理年月日	年 月 日		(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日			
受給者番号							

(注) 太枠の中をご記入ください。

【委任状】 私は、次の者に不育症検査費用助成事業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)	住所	
	氏名	
委任者 (申請者)	住所	
	氏名	