

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「奈良市不育症検査費用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				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										
	口座名義人 (申請者に限る)										

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。