

受付日
受付番号 指令番号

川口市先進医療不育症検査費助成金交付申請書

(あて先)川口市長

R 年 月 日

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る確認及び他自治体又は医療機関への照会することに同意します。並びに「先進医療不育症検査受検証明書」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ついて同意します。

同意 欄

申請検査		先進医療不育症検査											
申請者(受検者)	ふりがな							生年月日	S・H	年	月	日	
	氏名								()歳				
	現住所(住民登録地)	〒	アパート・マンション名					電話番号(日中連絡が取れる番号)					
申請額		円 (1回の検査に係る費用の7割に相当する額、6万円を上限。) ※千円未満、切り捨て											
振込希望口座	金融機関名(申請者の口座を書いてください。)	銀行		農協		信用金庫		金融機関コード					
	種別	1:普通	店名	本店		支店		出張所		店コード			
	フリガナ							口座番号					
	口座名義人												