

様式第1号

秋田市不育症検査費助成事業申請書

「秋田市不育症検査費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ついて同意の上、関係書類を添えて次のとおり不育症検査費の助成を申請します。

注) 太枠線内にご記入ください。

	(ふりがな) 氏 名	生年月日
申請者		年 月 日 (歳)
住 所	〒 () 秋田市	電話番号 ()
備 考		
申 請 額 金 円		
助成の適正を判断するために必要な場合は、秋田市以外の自治体に対する本申請(助成)に係る情報の照会・提供および医療機関に対する治療内容等の照会について同意します。		
年 月 日		
(宛 先) 秋 田 市 長		

【添付書類】 秋田市不育症検査費助成検査受検証明書(様式第2号) および医療機関発行の領収書等

申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認)	承認 ・ 不承認
受給者番号	—	決定年月日	年 月 日
助 成 金	円		