（第１号様式）

横浜市不育症検査費用助成申請書

横 浜 市 長

・関係書類を添えて、不育症検査費用の助成を申請します。なお、助成金の交付を受けるにあたっては、横浜市補助金等の交付に関する規則（平成17年11月30日横浜市規則第139号）及び横浜市不育症検査費用助成事業実施要綱を遵守します。

・横浜市がこの申請に必要な情報について調査すること、病院又は診療所等に不育症検査等について照会すること及び横浜市不育症検査費用助成受検証明書（第2号様式）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。

申請日	年　月　日

太枠の中をご記入ください。

（フリガナ） 申請者　氏名 （不育症検査を受診した人）	（　　）	
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日　生	
住　所	〒　　－ 横浜市	
電話番号	－　　－	自宅・携帯・その他（　　）
	－　　－	自宅・携帯・その他（　　）
申請金額	金　　円 ※横浜市不育症検査費用助成検査受検証明書（第2号様式）の領収金額を転記してください。 ※申請金額は訂正できません。	

振込先	金融機関名	銀行　信金　信組　本店　支店　出張所 支店コード	捨印
	預金種別	普通	
	（フリガナ）	（　　）	
	口座名義人		
※1	口座番号	（右づめで記入）	

不育症検査受診者本人以外の口座に振り込むときは下記の委任についてご記入ください。

私は、次の者に不育症検査等費用助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

住所

受任者　氏名　　委任者　氏名

（口座名義人）　　（申請者）　　㊞

【注意】 訂正する場合は「＝（二重線）」で訂正し、訂正箇所に申請者印を押印してください。

※1　振込先がゆうちょ銀行の場合には、振込用の店名・口座番号を確認してご記入ください。

ご提出いただいた個人情報は、横浜市個人情報の保護に関する条例第10条第1項ただし書きに定める場合を除き、横浜市不育症検査費用助成事業以外の目的で利用することはありません。

受 理 印
印