

### 横浜市不育症検査費用助成申請書

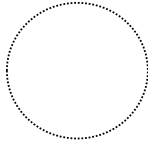
横浜市長

- ・関係書類を添えて、不育症検査費用の助成を申請します。
- ・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結果個票(第3号様式)の内容について国への提供を行うことに同意します。

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	捨印 				
	預金種別	普通						
	(フリガナ)	( )						
※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 (口座名義人)	委任者 氏名 (申請者) <span style="float: right;">⑩</span>

【注意】 訂正する場合は「=(二重線)」で訂正し、訂正箇所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、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