

様式第1号（第5関係）

長野市不育症検査費用助成事業申請書

（宛先）長野市長

長野市不育症検査費用助成事業実施要綱の規定に基づき、不育症検査の費用に係る助成金を交付してください。

		ふりがな 氏 名	生年月日（年齢）										
申請者			年 月 日 （ 歳）										
住 所	〒		電話 （ ）										
<p>申請額 金 円</p> <p>※ 不育症検査の費用の7割に相当する額（その額が6万円を超えるときは、6万円）を記載してください。ただし、1,000円未満の端数があるときは、これを切り捨ててください。</p> <p>長野市不育症検査費用助成事業受検証明書（様式第2号）に記載の検査結果等について、個人が特定できない形で国に提出し、国が施策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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>													
振 込 先	ゆうちょ 銀行以外の 金融機関	口座名義人 (カタカナで記載)											
		銀行・金庫 信組・農協					支店 支所 出張所						
		預金種別		口座番号（右詰めで記載）									
		普通・当座											
	ゆうちょ 銀行	口座名義人 (カタカナで記載)											
記号		番号（右詰めで記載）											

添付書類

- 1 長野市不育症検査費用助成事業受検証明書（様式第2号）
- 2 不育症検査の費用に係る領収書の原本
- 3 申請者の住所を確認できる書類（住民票の写し）
- 4 その他市長が必要と認める書類