

柏市不育症検査費用助成事業申請書

「不育症検査費用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、関係書類を添えて下記のとおり申請します。また、過去の助成状況について他の自治体、医療機関等に問い合わせることに同意します。

1 申請書

		(ふ り が な) 氏 名	生年月日		
申請者	()		(元号)	年 月 日(歳)	
住所	〒		電話 ()		
備考					
申 請 額 金 円					
令和 年 月 日					
柏市長 太田 和美 殿					
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所
	貯金種別	普通 当座	(ふ り が な) 口座名義人	()	
	口座番号				(左詰記入)

注) 太枠の中をご記入ください。

2 委任状

私は、下記の者を代理人と定め、本申請における 申請の権限 助成金受領の権限 を委任します。

委任状作成日 令和 年 月 日

委任者住所		受任者住所	
委任者氏名		受任者氏名	

※以下、事務処理欄(柏市記載)

申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号			

- (添付書類) 1 不育症検査費用助成事業受検証明書 3 振込口座のわかるもの
2 治療期間の領収証原本