

様式第 1 号

岡崎市不育症検査費補助金交付申請兼実績報告書

令和 年 月 日

(宛先) 岡 崎 市 長

関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、補助金を交付する要件を確認するため住民基本台帳を閲覧することや、必要な場合には受検した医療機関及び他の自治体に情報照会を行うこと、並びに「岡崎市不育症検査費補助事業受検証明書」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します。

ふりがな		生 年 月 日	平成 昭和	年	月	日
申請者氏名						
住所	〒 —					
電話 <small>(日中、連絡のとれる番号 をご記入ください)</small>	— —					
領収金額	金 _____ 円		申請額	金 _____ 円		

注) 太枠の中をご記入ください。

注) 申請者氏名について、自署しない場合は記名押印してください。

<申請時に必要な添付書類等>

- ・岡崎市不育症検査費補助事業受検証明書 (様式第 2 号)
- ・申請しようとする検査に係る領収書等
- ・住所地を証明する書類 (公簿による確認が可能な場合は省略可能)

処理欄

受給者番号		<input type="checkbox"/> 申請時住民
決定年月日	年 月 日	承認 ・ 不承認

受付印

--