第１号様式

名古屋市不育症検査費用助成事業申請書

関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、他自治体が実施する国要綱に基づく不育症検査費用の助成を受けていないことを申し添えます。

また、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の照会を行うこと、並びに不育症検査費助成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） 申請者氏名	（　　）	生年 月日	年　月　日 （　歳）
申請者住所	〒 電話　（　）		
送付先住所 ※申請者住所と異なる送付先を希望する場合のみ記入	〒		
検査実施日	年　月　日		
申　請　額　　金　　円 年　月　日 名古屋市長　殿			
申請受理年月日		（承認・不承認） 決定年月日	
受給者番号			

注1　太枠の中をご記入ください。

注2　申請者住所は住民票と一致する住所を記載してください。

注3　以下の書類を添付して提出してください。

・名古屋市不育症検査費用助成事業受検証明書(第2号様式)

・検査に要した費用の額が確認できる書類（領収書及び診療明細書等）

・名古屋市不育症検査費用助成事業請求書

・振込口座を確認できる書類（通帳の写し等）

注4　この申請書は、直接名古屋市子ども青少年局子育て支援部子育て支援課母子保健係（〒460-8508　名古屋市中区三の丸三丁目１番１号）へ郵送してください。