様式第1号（第6条関係）

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不育症検査費の助成を申請します。

なお、この申請の審査に必要となる場合は受検内容や助成状況について、医療機関やほかの自治体へ照会することに同意します。

また、不育症検査結果個票の内容について、松江市が国への提供を行うことに同意します。

<table>
<tr><td rowspan="2">申請者</td><td>（ふりがな）
氏　名</td><td>生年月日</td></tr>
<tr><td>（　　）</td><td>年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="2">〒

電話　　（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">申請額　　金　　円

年　　月　　日

（あて先）松江市長</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="4">振込先</td><td>金融機関名</td><td colspan="7">銀行　　本店
金庫　　支店
農協　　出張所</td></tr>
<tr><td rowspan="2">貯金種別</td><td rowspan="2">普通
・
当座</td><td>（フリガナ）</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>口座名義
（申請者と同一）</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>口座番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>（左詰記入）</td></tr>
</table>