

第1号様式

浜松市不育症検査費(先進医療費)補助金交付申請書

年 月 日

(あて先) 浜松市長

申請者 住所  
氏名

(署名又は記名押印)

浜松市不育症検査費(先進医療費)補助金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

また、「浜松市不育症検査費(先進医療費)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します。

	(ふりがな) 氏 名	生年月日
申請者		昭和
		平成 年 月 日 ( 歳) 西暦
住 所	〒	
		電話 ( )
電話番号	( )	

(以下は、記入不要です。)

受給者番号						(承認・不承認)決定年月日	年 月 日
領収金額	円					交付決定額	円

(添付書類)

- 1 浜松市不育症検査費(先進医療費)助成検査受検証明書 (第2号様式)
- 2 不育症検査を受けた医療機関発行の領収証原本
- 3 浜松市不育症検査費(先進医療費)補助金請求書 (第3号様式)

裏面もご確認ください

市税の納付又は納入の状況の確認についての同意（同意する場合は下記に☑を記入）

- 浜松市不育症検査費（先進医療費）補助金交付要綱第2条の規定により、市において、申請者の市税の納付又は納入状況について確認することに同意します。

暴力団排除に関する誓約（誓約及び承諾する場合は下記に☑を記入）

- 不育症検査費（先進医療費）補助金の交付申請にあたり、下記事項について誓約し、承諾します。

（1）次に掲げる者のいずれにも該当しません。

- ・暴力団（浜松市暴力団排除条例（平成24年浜松市条例第81号。以下「条例」という。）第2条第1号に規定する暴力団をいう。）
- ・暴力団員等（条例第2条第4号に規定する暴力団員等をいう。以下同じ。）
- ・暴力団員等と密接な関係を有する者
- ・（法人その他の団体の場合）上記3点に掲げる者のいずれかが役員等（無限責任社員、取締役、執行役若しくは監査役又はこれらに準じるべきもの、支配人及び清算人をいう。）となっている法人その他の団体

（2）浜松市が暴力団排除に必要な場合には、静岡県警察本部又は管轄警察署に照会することを承諾します。