

様式第 1 号（第 5 条関係）

境港市プレコンセプションケア検査費用助成金申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）境港市長

関係書類を添えて下記のとおり、プレコンセプションケア費用の助成を申請します。

記

（注）太枠の中を記入してください。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日生
	氏名	印		
住所	〒 ー 境港市 電話 ()			
申請額※	金 円			
同意事項	《以下について確認の上、□にチェック☑をしてください。》 □ 助成の可否を判断する等のために必要な場合は、 <u>境港市長が下記の事項</u> <u>に関して私の個人情報を取り扱うことに同意します。</u>			
【受取口座記入欄】				
金融機関名 銀行 本店 支店				
預金種別	口座番号		(フリガナ)	
			口座名義	
1 普通				
2 当座				
決定助成額	金 円		(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日

※ 領収書の自己負担額の合計金額が限度額（3万円）以上の場合は、3万円を記入してください。領収書の自己負担額の合計金額が限度額（3万円）未満の場合は、合計金額を記入してください。

個人情報の取扱いについて

境港市プレコンセプションケア費用助成金の助成の可否を判断する等のために必要な場合は、境港市長が次に掲げる事項に関して申請者の個人情報を取り扱います。
この場合において、個人情報の取扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。
1 住民基本台帳を照会すること。
2 医療機関等に検査内容等を照会すること。