不育症検査費用助成事業申請書

　　年　　月　　日

（申 請 先）

広島市長

　　　　　　　　　**（太枠の中をご記入ください。）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付印 |  | 申請者 | 住所 | 〒 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日 |
| 電話番号 | （　　　　　）　　　　　　―　　　　　　　 |

関係書類を添えて次のとおり不育症検査費用の助成を申請します。

申請に当たり、助成の適正を図るために必要な場合は、広島市が、他の自治体に情報の照会・提供を

すること及び医療機関に受診等証明書の内容を照会することについて同意します。

承認決定後は、当該助成金を次の口座に振り込んでください。

なお、申請内容に直接影響のない軽微な誤記や明らかな誤字脱字に対する訂正を広島市が行うことを

承諾します。

**（太枠の中をご記入ください。）**

|  |  |
| --- | --- |
| 申 請 額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 振込先＊ | 金融機関名及びコード |  | 銀行　金庫組合　農協 |  | 店所 | 金融機関コード | 店番 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 預金種別 | １ 普通　２ 当座 | （フリガナ）口座名義人 | （） |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | （右詰めで記載し、空欄に0を記入） |

＊　振込先は、上の申請者が口座名義人となっている口座です。

　以下の書類を添付してください。

(1) 不育症検査費用助成申請に係る証明書（様式第２号）

　　(2) 発行日から３か月以内の住民票

　　(3) 医療機関が発行する領収書の写し

**（太枠の中をお読みいただき、□欄に✓してください。）**

検査結果等について国へ提出することに関する説明

厚生労働省では、先進医療として厚生労働大臣が定める不育症検査の結果等について集約・分析等を行い、施策の検討に活用することとしています。「不育症検査費用助成申請に係る証明書」（様式第２号）に記載された検査結果等については、個人が特定されない形で国へ提出します。

**□　上記説明について了解しました。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当課記入欄 | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |