

明石市先進医療にかかる不育症検査費用助成事業申請書

- 1 関係書類を添えて下記のとおり先進医療にかかる不育症検査の助成を申請します。
- 2 本申請にあたり、必要な範囲で住民票等の確認を行うこと、並びに以前居住していた自治体での助成の有無の確認を行うことについて同意します。
- 3 「不育症検査費用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の上、関係書類を添えて下記のとおり申請します。
- 4 本申請に係る検査に対し、他の自治体の助成を受けません。

明 石 市 長 様

申請者 (受検者)	ふりがな			住 所	〒				
	氏 名 ※申請者の自署								
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	電話番号	()		
○過去にこの助成金を受けたことがありますか？→ はい(直近の申請年月：)・ いいえ									
○検査実施日からこの申請をする日までの間に、住所の変更はありましたか？→ はい・いいえ									
「はい」の場合：変更前住所 ()									
振 込 先 ※	金融機関名	銀行 金庫 農協				本店 支店 出張所			
	預 金 種 別	普通・当座	(ふりがな) 口座名義人(※)		()				
	口 座 番 号								(左詰記入)

申請額 金 円 ①のうち 7/10 (上限 6 万円)

※ 口座名義人は、申請者の個人名義であること。また、この申請書の提出により、申請者が上記振込先への助成金の振り込みに同意したものとみなします。

1. 先進医療にかかる不育症検査受検証明書（様式第2号）
2. 領収書（受検証明書の領収日及び領収金額と一致するもの：原本）

受給者番号		備 考	
-------	--	-----	--

審 査	係長	担当	受付