



様式第1号

## 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。なお、本申請の審査に必要な範囲で、住民票等の確認を行うことに同意します。
- 2 本申請にあたり、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、並びに合わせて提出する様式第3号の内容について国への提供を行うことについて同意します。
- 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。

記

申請者 (受検者)	フリガナ			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	(フリガナ) 口座名義人		( )		
	口座番号						(左詰記入)

申請額 金 円 (上限5万円)

令和 年 月 日

明石市長 様

(注) 太枠内を、ご記入ください。

※ 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。

【添付書類】 申請期限、助成要件等がありますので、あらかじめご確認ください。

- 先進医療にかかる不育症検査受検証明書(様式第2号)
- 先進医療にかかる不育症検査結果個票(様式第3号)
- 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)

【明石市記入欄】

申請受理年月日		(承認・不承認)決定年月日	
受給者番号		備考	

審査	担当	受付