

申請期限：令和 6 年 3 月 3 1 日  
(検査が終了した日の属する年度)

## 令和 5 年度前橋市先進医療不育症検査費用助成申請書兼実績報告書

(宛先) 前 橋 市 長

関係書類を添えて、次のとおり先進医療不育症検査費用の助成を申請します。

また、市が次の照会及び提供することについて同意します。

- (1) 「先進医療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。
- (2) 先進医療不育症検査費用助成金の申請にあたり、申請者及び配偶者の住所、婚姻関係の有無について、市が保有する情報を確認し並びに不育症診断・治療等実施証明書等の内容を医療機関等に確認すること。
- (3) 適正な助成金の交付のために必要な場合には、他の地方公共団体に情報の照会及び提供を行うこと。

	氏 名	申請日 令和 年 月 日
	(ふりがな)	生 年 月 日
申請者 (受検者)		昭和 平成 年 月 日
住所	〒 _____ 前橋市	
電話番号		

<b>先進医療不育症検査に要した額</b>	円
<b>助成金交付申請額</b> 上記の 7 割に相当する額（千円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨て）を助成対象とし、6 万円を限度額とします。	円

**【添付書類】**

- 必須 (1) 前橋市先進医療不育症検査費用助成事業検査受検証明書（様式第 2 号）  
(2) 先進医療不育症検査に係る領収書原本及び診療明細書

受 付 印

市処理欄

交付決定日		受付番号		ID
<input type="checkbox"/> 交付 ・ <input type="checkbox"/> 不交付		住所・居住期間 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 納税 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/>		