

申請期限：検査が終了した日の属する年度末

先進医療不育症検査費用助成事業申請書

令和 年 月 日

(宛先) 前橋市長

 次の事項に同意・誓約の上、関係書類を添えて申請します。

(□にチェックを付けてください)

・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事業検査受検証明書」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)助成の可否の決定にあたり、申請者の住所の有無について市が保有する情報を確認すること及び先進医療不育症検査費用助成事業検査受検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。

・申請に伴い提出した書類について、返還を求めることができない旨同意します。

・暴力団等の反社会的勢力と関係を有する者ではないことを誓約します。

1 申請者(受検者)

(ふりがな)	()	生年月日		年齢
氏名		昭和 平成	年 月 日	歳
住所	〒		電話 ()	

2 申請額

A	先進医療届出医療機関で実施した不育症検査に要した額	円
申請額	A×0.7(千円未満の端数が生じた場合は、切捨て)ただし、上限額6万円を超える場合は、6万円	円

3 助成金振込先

金融機関名	銀行・金庫 組合・農協	本店・支店 支所・出張所					
預貯金種目	普通・当座	口座番号					
口座名義 (カナ)							

※振込口座名義は、申請者本人の口座にしてください。

(添付書類)

- ・先進医療不育症検査費用助成検査受検証明書
- ・先進医療不育症検査に係る領収書の原本及び診療明細書

受付印

申請受理年月日		受付番号	
		ID	

注) 太枠の中をご記入ください。