

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兼実績報告書

令和 年 月 日

(宛先) 前橋市長

関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

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) 「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。

1 申請者 (受検者)

氏名	()	生年月日			年齢
		昭和 平成	年	月	日
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	$A \times 0.7$ (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

(添付書類)

- ・ 先進医療不育症検査費用助成検査受検証明書
- ・ 領収書の原本

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。