

甲府市不育症検査費（先進医療）助成申請書

（あて先）甲府市長

次のとおり、関係書類を添えて甲府市不育症検査費（先進医療）の助成を申請します。

注）太枠内をご記入ください。

申請者	フリガナ 氏名								
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生（ 歳）							
	住所	〒 甲府市 電話 — —							
申請金額※1		金 円（助成上限額：50,000円）							
預金口座	金融機関名		金融機関番号			支店名		支店番号	
	銀行 金庫 組合 農協						支店		
	預金種目	口座番号			口座名義（カタカナ）				
	1 普通 2 当座								
助成状況	本申請の不育症検査費用について、過去に甲府市又は他の自治体（都道府県、市町村）で助成を受けていますか。 <input type="checkbox"/> 助成を受けていない。 <input type="checkbox"/> 助成を受けている。 (自治体名) _____ (助成を受けた額) _____円								
上記の記載について相違ありません。甲府市不育症検査費（先進医療）助成金交付のため、甲府市が支給の決定に関して必要に応じて、私の個人情報を見直し確認することを承諾します。 また、助成の適正を判断するために必要な場合は、他の地方公共団体に情報の照会・提供すること及び医療機関に受検内容等を照会すること並びに甲府市不育症検査費（先進医療）助成事業不育症検査結果個票（第3号様式）の内容を厚生労働省に提出し、当該検査の保険適用に向けた検討等に活用されることに同意します。									
氏名 _____		※申請者が手書きしない場合は、記名押印してください							
申請受理年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	承認・不承認	受給者番号				

※1：甲府市不育症検査費（先進医療）助成事業受検証明書（第2号様式）の「領収金額」と助成上限額：50,000円を比較し、低い額を記入してください。また、申請金額に個室使用料、文書料等直接検査に関係のない費用が含まれていないことを確認してください。

必ず裏面もご確認ください。

(裏)

【添付書類】

- (1) 甲府市不育症検査費（先進医療）助成事業受検証明書（第2号様式）
- (2) 甲府市不育症検査費（先進医療）助成事業不育症検査結果個票（第3号様式）
- (3) 医療機関発行の領収書

※上記（1）及び（2）は医療機関に作成を依頼してください。

※審査の過程で上記以外に必要な書類の提出を求める場合があります。

※情報の取り扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。