

盛岡市不育症検査費助成事業申請書兼請求書

年 月 日

盛岡市長 様

助成の対象となる不育症の検査を受けましたので、関係書類を添えて次のとおり不育症検査費の助成を申請します。

盛岡市が、助成の適正を図るために、必要な限度で、他の自治体に助成状況の照会をすること及び実施医療機関に不育症検査受検証明書、不育症検査結果個票等添付書類の内容について照会することについて同意します。

申請する検査の保険適用に向けた検討等に活用するため、提出する不育症検査結果個票（申請者氏名、実施医療機関名等を秘匿したもの）の内容を国に提出することに同意します。

記

申請者 (受検者)	ふりがな				電話番号	()		
	氏名				住所	〒		
	生年月日	年	月	日				
申請金額		金 円 (※1)						
振込先 ※2	金融機関名				銀行	店		
					金庫	店		
					農協	所		
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人		()			
	口座番号							(左詰記入)

(注) 太枠内を、ご記入ください。

※1 申請金額は、医療機関が作成する不育症検査費助成検査受検証明書の検査費用の領収金額です。ただし、当該金額が50,000円を超える場合は、50,000円と記入して下さい。

※2 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ます。(同意する場合にレ点チェックを入れてください。同意がない場合は助成が受けられません。)

(以下は記入不要です。)

- 不育症検査費助成検査受検証明書【実施医療機関作成】
- 不育症検査結果個票【実施医療機関作成】
- 実施医療機関が発行する検査費用に係る領収書及び明細書
- 住民票の写し (コピー不可。個人番号が省略されており、発行から3ヶ月以内のもの)
(※省略できる場合があります)
- その他盛岡市長が必要と認める書類

受付 記入欄	受給者番号				承認・不承認			
					決定年月日	年	月	日