

西宮市不育症検査費用助成事業申請書

検査

西宮市長 様

年 月 日

- 関係書類を添えて下記のとおり 不育症検査の助成を申請します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、住民票等の確認を行うことに同意します。また、下記の「説明書」について同意します。
- 本申請にあたり、以前居住していた自治体での助成の有無の確認を行うことに同意します。
- 本申請に係る検査に対し、他の自治体の助成を受けません。
- 本申請にあたり、「西宮市不育症検査費用助成事業受検証明書」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・分析等を行うことについて同意します。

記

	(ふりがな) 氏名	生年月日	
申請者	()	昭和 平成	年 月 日生 (歳)
住所	〒	電話 ()	
検査にかかった費用の合計額 ① 金 _____ 円 ※訂正印不可			
申請額 ①の7/10 金 _____ 円 ※訂正印不可 (千円未満は切捨て・上限6万円)			
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
	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)

- (添付書類) 1 西宮市不育症検査費用助成事業受検証明書
2 検査費用にかかる領収書及び明細書の写し

西宮市使用欄

受付印

受給者番号					
担当課使用欄			支給決定額		
<input type="checkbox"/> 住民 <input type="checkbox"/> 申請額の確認 <input type="checkbox"/> 台帳入力			円		

治療内容について医療機関等に確認を行うことに関する説明書

この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、助成金の対象となる治療範囲が決められております。医療機関や薬局に、治療内容等について確認することがありますのでご承知ください。

なお、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。