

見本

呉市不育症に係る助成事業申請書(検査・治療)

令和 年 月 日

呉市長様

日付は空けておいてください。

太枠の箇所を分かる範囲内でご記入ください。

申請者氏名

※口座名義人と同一の方が自署してください

関係書類を添えて次のとおり不育症に係る助成を申請します。
不育症に係る別紙(裏面)説明書の事項について同意します。

	(ふりがな) 氏名	生年月日 (年齢)
夫	()	昭和 年 月 日 (歳) 平成
妻	()	昭和 年 月 日 (歳) 平成
住所	〒	電話(日中、連絡のとれる番号をご記入ください) — —
領収金額計	金額 _____ 円	申請額(1,000円未満切捨て) 上限金額を超える場合は上限金額まで 金額 _____ 円

申請時添付書類

<input type="checkbox"/> 不育症に係る助成事業助成金請求書 ※通帳等の写しを添付 <input type="checkbox"/> 不育症治療費助成申請に係る証明書 <input type="checkbox"/> 医療機関発行の領収書の写し <input type="checkbox"/> 世帯全員の住民票	【その他該当者のみ】 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本(夫婦それぞれの戸籍内容が分かるもの) <input type="checkbox"/> 婚姻証明書又は領事館、大使館、本国等が婚姻を証明する公的な書類(夫婦が外国籍の場合や別世帯等で、夫婦であることが確認できない場合)
---	---

処理欄

決定年月日 (承認・不承認) 令和 年 月 日	備考欄	受付印		
受給者番号				
<table border="1"> <tr> <td>国</td> <td>金額 _____ 円</td> </tr> <tr> <td>呉市</td> <td>金額 _____ 円</td> </tr> </table>			国	金額 _____ 円
国	金額 _____ 円			
呉市	金額 _____ 円			

加入されている健康保険組合等によっては、独自に医療費を助成する制度がある場合がありますので、加入されている健康保険組合等の保険者へ確認することがあります。また、支給を受けたことが、申請時以降に確認できた場合、助成金の返還を求められることがありますのでご了承ください。

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。

「不育症検査費用助成事業」に助成を申請する場合

◆検査結果等について行政への報告を行うことに関する説明書◆

(1) 報告の目的

厚生労働省は、「不育症検査費用助成事業」の助成を受けようとする方の検査結果等について、集計し分析することにより、当該検査の保険適用に向けた検討等に活用することができます。

(2) 報告の内容・方法

呉市から、不育症検査結果個票を厚生労働省に報告します。

報告には受検者氏名、実施医療機関名の記載はなく、内容は統計的に集計され、行政側は全国の患者さんの状況について総計として把握することになります。個人が特定されることはなく、プライバシーは厳守されます。