様式第１号

**不育症検査**

# 枚方市不育症検査費用助成事業申請書

（あて先）枚方市長

| | | | |
|---|---|---|---|
| （ふりがな　　）<br>氏　　名 | | | 生　年　月　日 |
| 申請者 | （　　） | | 年　　月　　日 |
| 配偶者 | （　　） | | 年　　月　　日 |
| 申請者住所<br>（申請日） | 郵便番号（　　―　　）　電話　　（　　） | | |
| 配偶者住所<br>（※申請者と異なる場合のみ記入） | 郵便番号（　　－　　）　電話　　（　　） | | |
| 検査の区分<br>いずれかにチェック | □　リスク因子の検査　　□　先進医療の検査 | | |
| リスク因子の検査 | 検査開始日 | 年　　月　　日 | （夫婦ともに検査を受けた場合は夫又は妻の検査開始日のいずれか早い日） |
| | 検査終了日<br>（一連の検査の最後の検査日） | 最後の検査日　　年　　月　　日 | 最後の検査の結果説明日　　年　　月　　日 |
| 先進医療の検査の実施日 | 年　　月　　日 | | |
| 申請状況 | 以下の確認項目にチェックを入れてください。<br>①今回の不育症検査は夫・妻両方とも検査を受けた　□　はい　　□　いいえ<br>②今回の検査分の助成金を、別の自治体等で申請していない　□　はい | | |
| 申請金額 | 円 | （リスク因子の検査は上限５万円/年度、先進医療の検査は1回の検査費用の７割に相当する額（千円未満切捨て）で上限６万円） | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行<br>金庫<br>農協 | | 本店<br>支店<br>出張所 |
| | 預金種別 | 普通<br>当座 | （　フリガナ　）<br>口座名義人（申請者） | （　　） |
| | 口座番号 | □□□□□□□ | | （右詰め記入） |

関係書類を添えて上記のとおり不育症検査費用の助成を申請します。

なお、枚方市が審査に必要な範囲で、住民基本台帳を閲覧すること、他の自治体における助成状況を照会すること、他の自治体からの照会に回答すること、検査内容等について実施医療機関に照会すること、「枚方市不育症検査費用助成事業受診等証明書」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。

年　　月　　日

夫婦それぞれの氏名をご自身で記入してください。

申請者
氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

配偶者
氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（注）1　太枠の中を記入してください。
2　リスク因子の検査と先進医療の検査の両方を申請する場合は、それぞれに申請書を提出してください。
3　**申請期限（消印日）は検査終了日等（リスク因子の検査の場合は検査終了日、先進医療の検査の場合は検査実施日）の属する年度の末日または検査終了日等から３か月以内です。**

（添付書類）
(1) 枚方市不育症検査費用助成事業受診等証明書（様式第２号）
(2) 申請者及び配偶者の住民票　　※枚方市で確認できる場合は提出不要。
(3) 夫婦であることを証明する書類（戸籍謄本（戸籍全部事項証明書）等）
(4) 事実婚関係にある夫婦については、両人の戸籍謄本及び「事実婚関係に関する申立書」（様式第３号）
※実施医療機関で婚姻関係が確認できている場合は(3)、(4)の提出は不要。
(5) 申請者の振込口座が確認できるもの（通帳等の写し）