

様式第1号（第6条関係）

不育症検査費用助成金申請書

年 月 日

高知市長 様

関係書類を添えて下記のとおり申請します。また、本申請の審査に係る関係機関への照会及び情報提供に同意します。また、別に定める不育症検査費用助成検査受検証明書（様式第2号）により、検査結果等を国が集計・分析等を行い、施策の検討に活用することに同意します。

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏 名						
	住 所 連 絡 先	〒 ー 電話番号（ ） 高知市					
	備 考						
申請金額		金 円 ※ 申請金額は、不育症検査にかかった金額の合計（先進医療部分に限る）の7割に相当する額（1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。）をご記入ください。ただし、60,000円を上限とする。					
振込先	金融機関名	※ 申請者の口座をご記入ください。 銀行・金庫・農協 本店・支店・出張所					
	預金種別	普通・当座	口座番号				
	口座名義人 ※ カタカナでご記入ください。						

※太線の中をご記入ください。

申請受理年月日	受給者番号	決定年月日
年 月 日		年 月 日 承認・不承認

【添付書類】

- (1) 不育症検査費用助成検査受検証明書（様式第2号）
- (2) 医療機関が発行した保険診療外不育症検査の領収書原本および診療明細書（コピーでの申請はできません。）

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

こども家庭庁では、本検査費用の助成を受けようとする方の不育症検査結果等について、都道府県等を通じた報告の協力を求めています。

これを集計し、分析することにより、こども家庭庁は施策の検討等に活用することができます。

2 報告の内容・方法

高知市から、不育症検査費用助成検査受検証明書（様式第2号）の内容をこども家庭庁に報告します。

報告には個人名の記載はなく、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となります。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。