

高槻市不育症検査費用助成事業申請書

高槻市長 様

令和 年 月 日

関係書類を添えて、下記のとおり不育症検査費用の助成を申請します。

- ・本申請書の記載事項に相違ありません。
- ・「不育症検査費用助成検査受検証明書」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。
- ・受給要件（住所）を住民基本台帳等により確認されることに同意します。

申請者 (検査受検者)	ふりがな							生年月日及び年齢	
	氏名							昭和 平成 年 月 日生 (歳)	
	住所	〒						電話番号 ()	
申請金額		金						円	一回の検査に係る費用の7割に相当する額(上限6万円)
委任状欄 <small>(申請者以外の口座への振り込みを希望する場合、記入ください)</small>		令和 年 月 日 委任者(申請者) 氏名: _____ 印 私は、下記の者を代理人に定め、上記の不育症検査費用の助成金の受領に関する権限を委任します。 受任者(口座名義人) 氏名: _____ 住所: _____							
振込 先 口座	金融機関名	銀行 金庫 農協			支店 出張所名		本店 支店 出張所		
	預金種別	普通 当座			口座名義人 (カナで記入)		店番号【 】		
	口座番号							左詰で記入してください。	

(添付書類) ①高槻市不育症検査費用助成検査受検証明書
②不育症検査に要した費用の領収書

(裏面「申請書記載にあたっての留意事項」を参照してください。)

市記入欄

受理日			
受付	安満	・	郵送

受給者 番号	—		
承認日	承認	・	不承認 令和 年 月 日

申請書記載にあたっての留意事項

申請者について

- ・ この申請書を利用して申請できるのは、検査実施日時点で高槻市に住所を有する方に限ります。

申請金額について

- ・ 申請金額は、一回の検査に係る費用の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します。）です。ただし、6万円が上限です。上限額の範囲内でアラビア数字（例：6万円→60,000）により正確に記入してください。

委任状欄

- ・ 助成金の振込口座は、原則として申請者（検査受検者本人）の口座としますが、申請者以外（配偶者等）の口座への振り込みを希望する場合は、委任状欄に記入してください。

振込口座について

- ・ 金融機関名、支店・出張所名は、省略せずに正確に記入してください。
- ・ 記載事項に不明瞭もしくは誤りがあった場合、振込みが遅れることがあります。間違いのないようにご記入ください。

申請に必要な書類について

- ・ 申請に関しての詳しい説明は、「申請案内」をご覧ください。
- ・ この助成金は、限られた公費予算からの支出を行うため、助成金額の上限が決められています。
- ・ 受診等証明書（様式第2号）は、医療機関の主治医等に記入してもらってください。
- ・ 領収書は、原本を提出してください。原本が必要な方は、お申し出くだされば原本照合のうえお返しします。

申請方法

- ・ 検査終了後、すみやかに受診等証明書に治療を受けた医療機関で証明を受け、申請書及び必要書類をすべて添付し、子ども保健課まで申請してください。（※簡易書留での郵送も可とします。）

その他、ご不明な点は 子ども保健課（TEL 072-648-3272）までお問い合わせください。