

倉敷市不育症検査費用助成金給付事業申請書

令和 年 月 日

倉敷市長 あて

「倉敷市不育症検査費用助成検査に係る受検証明書」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の上、関係書類を添えて次のとおり申請します。

(太枠内をご記入ください。)

申請者	ふりがな							生年月日	昭・平 年 月 日			
	氏 名 (自署)											
	住 所	〒						電話番号	() -			
申 請 額	右の③の額							① 領収金額				
	金 円							② 領収金額×0.7 (千円未満切り捨て)				
	※ 領収金額×0.7に相当する額 (千円未満切り捨て) ただし、上限額 60,000 円							③ ②と 60,000 円のいずれか少ない方の金額				
振込先 (申請者の口座)	金融機関名	☐ 銀行 ☐ 農協 ☐ 労金 ☐ 信組 ☐ 信金 ☐ 漁業			支店名	☐ 本店 ☐ 支所 ☐ 本所 ☐ 出張所 ☐ 支店			預金 種別	☐ 普通 ☐ 当座		
	口座番号 (左詰記入)							口座名義 (カナ)				

◎次の書類を添付してください。

- ☐ 倉敷市不育症検査費用助成金給付事業に係る受検証明書 (医療機関が記載のもの)
- ☐ 医療機関が発行する領収書及び明細書

【検査結果等を国へ報告することに関する説明】

国において当該検査の保険適用に向けた検討等に活用されるため、本市は「倉敷市不育症検査費用助成金給付事業に係る受検証明書」の内容を国へ報告いたします。市から国へ報告する内容に個人名、実施医療機関名はなく、報告内容は統計的に処理され、個人が特定されることはありません。

倉敷市処理欄

室記入欄	確認事項	☐ 健康かるてで住所確認	受付印
づくり課 記入欄	申請受理年月日	令和 年 月 日	
	決定年月日等	令和 年 月 日 承認 ・ 不承認	
	受給者番号		
			室受付担当者名：

◎注意事項

- 1 助成の対象となる費用は、先進医療として告示された不育症検査に要した費用のうち、先進医療部分（保険適用外）です。
診察料、入院室料（差額ベッド代）、食事療養費、文書料等の検査に直接関係のない費用は対象外です。
- 2 申請期限は、検査日（※）の属する年度の末日です。
※ 上記の日が3月1日～3月31日の場合は、翌年度の4月末日まで申請することができます。

申請期限を過ぎると受付できなくなりますので、できるだけ早めに申請してください。

- 3 申請前に「倉敷市不育症検査費用助成金給付事業のご案内」を必ずご確認ください。

●申請受付・問い合わせ先

担当課名	郵便番号	所在地	電話番号
倉敷市保健所 健康づくり課	710-0834	倉敷市笹沖170	086-434-9820
〃 倉敷保健推進室	710-0834	倉敷市笹沖170	086-434-9822
児島保健福祉センター児島保健推進室	711-8565	倉敷市児島小川町3681-3(児島支所内)	086-473-4371
玉島保健福祉センター玉島保健推進室	713-8565	倉敷市玉島阿賀崎 1-1-1(玉島支所内)	086-522-8113
水島保健福祉センター水島保健推進室	712-8565	倉敷市水島北幸町 1-1(水島支所内)	086-446-1115
玉島保健福祉センター真備保健推進室	710-1398	倉敷市真備町箭田1141-1(真備支所内)	086-698-5111