

船橋市不育症検査費用助成申請書

「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の上、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

	(ふりがな) 氏名	生年月日
※1 申請者	()	年 月 日 (歳)
住所	〒	電話 ()
備考		
申請額	※2 申請額 金 _____ 円 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">船橋市長 あて</div>	

- 黒ボールペンで記入してください。(消せるボールペンは使用しないでください。)
- 訂正する場合は「=(二重線)」で訂正し、訂正箇所には訂正印またはサインをしてください。修正液、修正テープでの訂正は不可です。

※1 申請者は受検者である必要があります。また、助成金振込先口座は申請者名義の口座となります。

※2 申請額が、上限額に満たない場合は領収金額と同額となります。

添付書類

①不育症検査費用助成事業受検証明書
②その他市長が必要と認める書類

検査の内容及び結果について行政への
報告を行うことに関する説明書

「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を国が収集し当該検査の保険適用に向けた検討等に活用する可能性があります。なお、報告にあたり、氏名及び実施医療機関は秘匿とし、年齢、検査費用、検査内容及び検査結果が報告対象となります。

※船橋市記入欄

受給者番号
受理年月日
決定年月日