

（宛先）高松市長

高松市不育症検査費用助成金交付申請書

高松市不育症検査費用助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。
なお、申請に当たり、下記の同意事項の欄に記載の内容について同意します。

申請者 (不育症検査を受けた方)	(ふりがな)	(たかまつ はなこ)	生 年 月 日							
	氏 名	高松 花子 ①	昭和 ○○ 年 ○月 ○日 平成 (○○ 歳)							
	住 所	〒160-0074 高松市桜町1丁目9番12号	できるだけ平日の昼間に連絡のつく電話番号を記入してください。							
			電話 090 (○○○○) ○○○○							
交付申請の額		金	円	助成金は、下記の口座に振り込んでください。						
振込先口座 (申請者名義の口座に限る。)	金融機関名	○○○	銀行・金庫 組合・農協	○○○○	本店・支店 出張所					
	口座種別	普通・当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	(フリガナ) 口座名義	(たかまつ はなこ)	高松 花子		↑右詰めで記入					
同意事項	1 助成金の交付の決定に当たり、私に課税されることについて同意します。 (1) 私の住民票情報及び私に課税された高松市の市税の納付状況の確認 (2) 医療機関に対する、検査の内容等の照会 (3) 私が高松市に転入した者である場合は、転入前に他の地方公共団体により、今回申請する不育症検査費用に対する助成・給付を受けていないことの確認 2 不育症検査結果個票の内容について高松市が厚生労働省へ報告すること(※)に同意します。		必ず申請者名義の口座を記入してください。							

(添付書類)

- 高松市不育症検査費用助成検査受検証明書（様式第2号）
- 不育症検査結果個票（様式第3号）
- 医療機関発行の領収書 及び 診療明細書等の診療内容の分かる書類

(※) 不育症検査結果個票に関する情報の報告についての説明

不育症検査結果個票の検査結果等の情報は、受検者氏名、実施医療機関名を秘匿した上で、高松市から厚生労働省に報告します。厚生労働省が検査結果等を収集し、当該検査の保険適用に向けた検討等に活用する場合がありますので御了承ください。なお、個人情報の取扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。