

記入例

年 月 日

（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 | 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。 | | | | | | |
| 「交付申請の額」(金額)は、訂正できませんので、記入時にご注意ください。 1回の検査に係る費用の7割に相当する額(千円未満の端数切捨て)とし、6万円を上限とします。(不明な場合は、空欄にしておいてください。) | | | | 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) | (タカマツ ハナコ) | ↑右詰めで記入 | | | | | | | |
| 口座名義 | 高松 花子 | | 必ず申請者名義の口座を記入してください。 | | | | | | | |
| 同意事項 | 1 助成金の交付の決定に当たり、私に関して次の確認行為が高松市によってなされることに同意します。 (1) 私の住民票情報及び私に課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 高松市が、高松市不育症検査費用助成検査受検証明書（様式第2号）に記載された検査結果等に係る情報について、個人が特定されない形で国に提出し、国が当該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同意します。 | | | | | | | | | |

（添付書類）

- 1 高松市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