

鳥取市長 様

年度鳥取市不育症検査費助成金交付申請書兼請求書

標記助成金について、鳥取市補助金等交付規則の規定により下記のとおり申請します。  
 また、助成の適正を図るために必要な場合は、鳥取市が他の自治体に対し、過去の助成状況の照会・提供を行うことについて同意します。なお、交付決定後は、交付決定額を請求します。

記

申請者	ふりがな		印	生年月日	年 月 日				
	氏名				( ) 歳 *1				
	現住所	〒		電話					
助成金が交付決定された場合は、下記の振込先口座へ振り込んでください。									
振込先	ふりがな			貯金種別	普通 ・ 当座				
	口座名義人 <small>(※申請者名義)</small>								
	金融機関名	銀行 金庫	本店 支店 出張所	口座番号					
他の補助金の活用有無	あり・なし	⇒ある場合 ①活用した補助金名 ( ) ②事業内容 ( ) ③当該補助金問合せ先 ( )							
過去の検査・助成状況 *2	過去に不育症の診断のための検査を受けたことがありますか			( ある ・ ない )					
過去に不育症検査費助成金の交付を受けたことがありますか			( ある ・ ない )						
検査結果等の提出	<input type="checkbox"/> 不育症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同意します。(該当の場合は <input checked="" type="checkbox"/> )								
住民票省略(鳥取市のみ)	(鳥取市にお住まいの方のみご記入ください) <input type="checkbox"/> 私(申請者)の住所等を住民基本台帳で確認することに同意し、住民票の添付を省略します。(該当の場合は <input checked="" type="checkbox"/> )								
算定基準額	金	円	(不育症検査にかかった金額の合計額) ※先進医療部分に限る。						
交付申請額	金	円	(上限 *3 )						

- \* 1 申請日時点における年齢を記入する。
- \* 2 「過去に」とは、今回申請する不育症検査開始前を示す。
- \* 3 検査費用の7割に相当する額(千円未満の端数切り捨て)、上限6万円。

【添付書類】

- (1) 医療機関が発行する鳥取市不育症検査費用助成検査受検証明書(様式第2号)又はそれに代わる書類
- (2) 医療機関が発行する助成対象経費にかかる領収書及び診療明細書の写し
- (3) 申請者の住民票(申請日の3か月以内に発行されたもの)
  - \* 鳥取市に住所を有する者で、申請者の住所等を住民基本台帳で確認することを承諾する者は、住民票の添付を省略することができる。

保健所記入欄	交付決定年月日 (請求年月日)	年 月 日	交付決定額	円
--------	--------------------	-------	-------	---