

徳島県不育症検査費用助成事業申請書兼同意書

関係書類を添えて次のとおり申請します。

また、徳島県が市町村及び受検した医療機関に情報の照会を行うこと並びに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国への提供を行うことに同意します。

(ふりがな) 氏名	() ※申請者(受検者)氏名を自署にて ご記載ください		
生年月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)	電話 ()
住所	〒		
確認事項	1. 当該検査費用について、市町村からの助成を受けていますか。 受けていない ・ 受けている (いずれかに○) 2. (受けている場合) 助成を受けた額 (※1) 円		
申請額		金	円
助成額は、1回の検査に係る費用に0.7を乗じた額(千円未満端数切捨)ただし、6万円を上限とします 「申請額」欄には、検査費用から市町村助成額(※1)を引いた額、もしくは、助成上限額6万円のうちの、少ない方を記入してください			
令和 年 月 日		徳島県知事 殿	
金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所
貯金種別	1 普通 2 当座	口座名義人 (カタカナで記載、申請者と同一)	
口座番号	(左詰記入)		

(注) 太枠の中をご記入ください。

検査結果等について行政への報告を行うことに関する説明

- 報告の目的
国では、先進医療として告示されている不育症検査の結果等について、集約・分析等を行い政策の検討に活用することとしています。
- 報告の内容等
徳島県から様式第2号「徳島県不育症検査費用助成検査受検証明書」に記載された検査結果等について、個人が特定されない形で国への報告を行い、プライバシーは厳守されます。

上記説明について了解しました。

【保健所記入欄】

申請受理年月日		決定年月日		<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認
受給者番号				

- (添付書類) ・ 徳島県不育症検査費用助成検査受検証明書(様式第2号)
 ・ 医療機関発行の領収書及び明細書
 ・ 申請者の住民票(申請日から3か月以内発行の個人番号の記載のないもの)