

福山市不育症治療費助成申請書

年 月 日

福山市長様

(振込口座名義人)

申請者名前

福山市不育症治療費助成事業実施要綱に定められた内容を承諾の上、同要綱の規定に基づき、次のとおり不育症治療費の助成を関係書類を添えて申請します。

なお、住所及び婚姻関係の調査を実施するとともに、必要な場合には、医療機関及び薬局に対する受診内容の照会を実施することに同意します。

また、先進医療として行われた不育症検査について、「福山市不育症治療費助成申請に係る証明書」裏面「不育症検査結果個票」に記載の内容を、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します。

助成金の受領に関することは、申請者が行います。

注) 太枠の中を記入してください。

	(ふりがな) 名 前	生年月日
申請者	夫 ()	年 月 日 (歳)
	妻 ()	年 月 日 (歳)
住所	〒 — 福山市	電話 ()
	〒 — 住所 (夫婦の住所が異なる場合に記入)	電話 ()
金額	自己負担額 () 円	※ 医療保険適用の有無は問いません。 ※ 複数医療機関(又は薬局)を受診した場合、その医療費(調剤費を含む。)を合算した額を記入してください。
	助成申請額 () 円	※ 上限30万円
過去の助成状況	助成歴	<input type="checkbox"/> 福山市不育症治療費の助成を受けたことがない。 <input type="checkbox"/> 福山市不育症治療費の助成を受けたことがある。
	助成回数	今回が()回目 前回の申請 (年 月)
受給者番号		受付印欄