

吹田市不育症検査に係る自己負担額助成金交付申請書兼口座振込依頼書

吹 田 市 長 宛

申請年月日 令和 年 月 日

関係書類を添えて、下記のとおり吹田市不育症検査に係る自己負担額助成金の助成を申請します。

- ・本申請書の記載事項に相違ありません。
- ・助成の適正を判断するにあたり必要な範囲で、吹田市が住民基本台帳の情報を調査・閲覧することに同意します。
また、必要な場合は、吹田市が受検した医療機関に情報の照会を行うことに同意します。
- ・吹田市不育症検査に係る自己負担額助成金検査受検証明書（様式第 2 号）の内容について個人が特定されない範囲で国に提供することについて同意します。

注）太枠の中をご記入ください。

		(フリガナ) 氏 名				生年月日及び年齢					
申請者 (受検者)						年 月 日生 (歳)					
住 所		〒									
		電話番号 ()									
申請金額 金 円											
(申請者の口座に 振込口座申出欄 に限りします)	金 融 機関名					銀行 金庫 農協	支 店 出張所名		本 店 支 店 出張所		
	預金種別	普通 ・ 当座				(フリガナ) 口座名義人 ※申請者の口座に限りします。					
	口座番号								左詰で記入してください。		
吹田市 収 受 欄											

記入内容に軽微な誤り（交付申請額は除く）があった場合は、吹田市が訂正することに同意します。

申請者 自署 _____

(添付書類)
①吹田市不育症検査に係る自己負担額助成金検査受検証明書（様式第 2 号） ②不育症検査に要した費用の領収書

申請書記載にあたっての留意事項

- 申請者について
 - ・ 不育症検査を受検された方が申請してください。
 - ・ この申請書を利用して申請できるのは、検査実施日時点で吹田市に住民登録がある方に限ります。
- 申請金額は、審査のうえ決定しますので、空欄のまま提出してください。
助成金額は、医療機関で支払った金額の7割に相当する額（千円未満の端数切捨）で、6万円が上限額となります。
- 振込口座申出欄について
 - ・ 助成金の振込口座は、申請者本人の口座をご記入ください。
 - ・ 金融機関名、支店・出張所名は、省略せず、正確に記入してください。預金種別、口座名義人のフリガナは必ず記載してください。記入が不正確だったり、誤りがあつたりしますと振込みが遅れる場合がありますので間違いがないように注意してください。
- 添付書類は原則、申請書とともに提出してください。
 - ・ 「①吹田市不育症検査に係る自己負担額助成金検査受検証明書（様式第2号）」は、医療機関の主治医に記入してもらってください。（文書作成時には、各医療機関が定める文書作成料が必要となる場合があります。）
 - ・ 「③不育症検査に要した費用の領収書」は、必ず原本をご提出願います。審査後、後日送付される交付決定通知書と一緒に返送いたします。
- 申請書に虚偽の記載があつた場合、助成金の返還を求めることがあります。
- 郵送事故等による不到達・遅延に関し、吹田市は責任を負いかねますのでご了承ください。配送状況や到着の確認ができる簡易書留や特定記録郵便などの使用をおすすめします。

【提出（送付）先・お問合せ窓口】

〒564-0072 吹田市出口町 19-2

吹田市児童部 すこやか親子室
（吹田市立保健センター内）

TEL：06-7220-3796 FAX：06-6384-1175