

仙台市不育症検査費用助成事業申請書

年 月 日

(あて先) 仙台市長

関係書類を添えて下記のとおり不育症検査費用の助成を申請します。

また、仙台市が必要に応じて、医療機関に不育症検査等について照会すること及び検査結果等について個人が特定されない形で国へ提出し、国がその情報を施策の検討に活用することに同意します。

記

(太枠の中をご記入下さい)

| | |
|--------------|---|
| (ふりがな) | |
| 申請者氏名 | |
| 生年月日 (年齢) | 昭和 平成 年 月 日生 (歳) |
| 住 所 | 〒 |
| 電話番号 | () |
| 備 考 | |
| 申請金額 | <p>(検査費用) (申請金額) ※千円未満切り捨て</p> <p><input type="checkbox"/> 円 × 0.7 = _____ 円</p> <p><input type="checkbox"/> 60,000 円</p> <p>※申請金額が6万円以下の場合は上段に、6万円を超過する場合は下段に チェックを記入してください。</p> |

| | | | |
|--------|-------|----------------|-------|
| 申請受理月日 | 年 月 日 | 決定年月日 (承認・不承認) | 年 月 日 |
| 受給者番号 | | | |

◎申請書等への虚偽の記載またはその他の不正行為により助成金の交付を受けた場合は、助成金の全額を返還していただきます。

【添付書類】

- 1 仙台市不育症検査費用助成検査受検証明書 (様式第2号)
- 2 住民票 ※90日以内に発行されたもので、マイナンバーの記載がないもの
- 3 医療機関発行の領収書 (写し)
- 4 請求書 (仙台市所定の様式)