

年度申請番号					
台帳番号					

岐阜市不育症検査費助成申請書

年 月 日

（あて先）岐阜市長

岐阜市不育症検査費助成要綱第7条第1項の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり岐阜市不育症検査費助成金の交付を申請します。

記

(ふりがな) 氏名	()	生年 月 日	年 月 日 (歳)
住所	〒 電話 ()		
私は、次の事項に同意します。 ☐ 助成金の交付決定に当たり、岐阜市が保有する私の住民情報を利用すること。 ☐ 私の治療状況等について、医療機関から岐阜市が情報提供を受けること。 ☐ 私の岐阜市不育症検査費助成検査受検証明書に記載の検査結果等について、個人が特定されない形で岐阜市が国に情報提供し、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。			
備考			
申請額	金 円 ※先進医療として行われた検査費用の7割の額（1,000円未満切り捨て）。ただし、60,000円を上限とする。		
金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所		
預金種類	普通 ・ 当座	(ふりがな) 口座名義人	()
口座番号			

添付書類

- 1 岐阜市不育症検査費助成検査受検証明書
- 2 不育症検査の費用の支払に係る保険医療機関発行の領収書
- 3 その他市長が必要と認める書類

助成金の交付の決定又は不承認の決定の通知を電子メールで受け取ることを希望します。
※書面での受取は、必要ありません。

受取を希望する メールアドレス	
--------------------	--