

大阪市不育症治療支援事業申請書
(不育症検査費用助成事業申請書)

大阪市長様 _____ 年 ____ 月 ____ 日

関係書類を添えて次のとおり不育症治療費の助成を申請します。

なお、大阪市不育症治療支援事業（不育症検査費用助成）の実施状況に関して実施医療機関に対して照会すること、及び申請にあたって本事業実施要綱を遵守することについて、同意します。

		(ふりがな) 氏 名	生年月日 及び 年齢						備 考											
氏 名 及 び 住 所	申請者氏 名	()						昭和 平成 年 月 日生 (歳)												
	申請者住 所	〒 電話番号																		
先進医療費	<table><tr><td>先進医療費</td><td>金</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>円</td></tr></table> ※上記の金額に10分の7(0.7)を乗じた額(千円未満切り捨て) もしくは6万円、いずれか低い方の金額を申請額の欄に記入してください。										先進医療費	金								円
先進医療費	金								円											
申請金額	<table><tr><td>申請額</td><td>金</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>円</td></tr></table> 助成金については、下記の口座に振り込んでください。										申請額	金								円
申請額	金								円											
振込口座申出欄	※助成金の振込口座は申請者名義の口座に限ります。																			
	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		()												
	口座番号								※右づめで記入してください											

注1) 太線の中をご記入下さい。

注2) 記入・申請の際は、必ず「大阪市不育症治療支援事業ホームページ」をご確認ください。
(<https://www.city.osaka.lg.jp/kodomo/page/0000534944.html>)

注3) 訂正は「＝(二重線)」で訂正し、訂正箇所に署名してください。
ただし、申請金額の訂正はできませんので、ご注意ください。

(添付書類)

☐ 1. 大阪市不育症治療支援事業受診等証明書
☐ 2. 大阪市に住所を有することを証明する書類
☐ 3. 実施医療機関が発行する領収書

受付年月日

治療の内容・結果および経過についてへ報告を行うことに関する説明及び同意

(1) 報告の目的

・検査結果等を厚生労働省が収集、分析等を行い、施策の検討に活用する可能性がありますことをご了承ください。

(2) 報告の内容・方法

・大阪市不育症治療支援事業受診等証明書に記載された内容は、こども家庭庁に統計情報として報告されます。
・上記報告においては個人名及び病院名の記載はなく統計的に集計されるもので、個人が特定されることはなく、
プライバシーは厳守されます。

上記内容に同意して、申請します。