

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 申 名 請 者 及 び 住 等 所 の	申請者	( )	昭和 平成 年 月 日生 ( 歳)														
	氏 名																
住 所 の	申請者	〒						電話番号									
	住 所																
申 請 金 額	<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td>申請額</td> <td>金</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>円</td> </tr> </table> <p>助成金については、下記の口座に振り込んでください。</p>								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			(ふりがな) 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、必ず裏面の説明をお読みください。

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。

受付年月日・受付区保健福祉センター

(添付書類)

- 1. 大阪市不育症治療支援事業受診等証明書
- 2. 大阪市内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

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検査結果を統計情報として、厚生労働省に報告されます。  
報告には個人名及び病院名の記載はなく、内容は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。