様式第１号

神戸市先進医療にかかる不育症検査助成事業申請書

１　関係書類を添えて下記のとおり先進医療にかかる不育症検査の助成を申請します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、住民票等の確認を行うことに同意します。
２　本申請にあたり、以前居住していた自治体での助成の有無の確認を行うことに同意します。
３　本申請に係る検査及び治療に対し、他の自治体の助成を受けません。
４　本申請にあたり、神戸市が検査結果等を個人が特定されない形で国へ報告し、国がその情報を施策の検討に活用するため集約・分析等を行うことについて同意します。

記

		（フリガナ） 氏名	生年月日
	申請者	（　　） ※自署	昭和 平成　　年　　月　　日生（　　歳）
	住所	〒 電話　　（　　）	

検査にかかった費用の合計額　金　　円　①

申請額　金　　円　①のうち7/10（上限額 6万円）

令和　　年　　月　　日

神戸市長　宛

振込先(※)	金融機関名	銀行 金庫 農協						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							（左詰記入）

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

注１）**太枠の中をご記入ください。**
※：口座名義人は申請者の個人名義であること。
注２）申請期限、助成要件等があるので、あらかじめご確認ください。
（添付書類）１．先進医療にかかる不育症検査受診等証明書（様式第２号）
２．領収書（受診等証明書の領収年月日及び領収金額と一致するもの）

受付印