

兵庫県不育症検査費用助成事業申請書兼請求書

申請日を忘れずにご記入ください。

令和5年9月12日

兵庫県知事 様

同意内容をご確認下さい。

助成の対象となる不育症の検査を受けましたので、兵庫県不育症検査費用助成事業実施要綱に従い、関係書類を添えて、次のとおり不育症検査費用の助成を申請します。

県が、助成の適正を図るために、必要な限度で、他の自治体に助成状況の照会をすること及び実施医療機関に提出する受検証明書の内容について照会することに同意します。

申請する検査の保険適用に向けた検討等に活用するため、提出する受検証明書の内容（申請者氏名、実施医療機関名等を秘匿したもの）を国に報告することに同意します。

携帯の電話番号可

記

申請者(受検者)	ふりがな	ひょうご はなこ			電話番号	090 (××) 〇〇〇〇				
	氏名	兵庫 花子			住所 ※1	〒123-4567 兵庫県〇〇市〇〇町4-2-1				
	生年月日	平成3年12月12日			Eメール	Hanako-h@xxxx.co.jp				
○検査実施日からこの申請をする日までの間に、住所の変更はありましたか？→ はい・ <u>いいえ</u> 「はい」の場合：変更前住所（ ）										
申請金額※2		金 23,000 円								
振込先 ※3	金融機関名及びコード	金融機関コード	1	2	3	4	支店コード	1	2	3
		ひょうご			銀行	金庫		〇〇支		所
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人		(ひょうご はなこ) 兵庫 花子					
口座番号		1	2	3	4	5	6	(左詰記入)		

メールアドレスは任意です。

(注) 太枠内を、ご記入ください (Eメールについては、空欄でも可)。

※1 神戸市・姫路市・尼崎市・明石市・西宮市在住の方は、県に申請できません。市が助成しますので、お住まいの市にお問い合わせください。

※2 申請金額は、検査費用の領収金額の7割に相当する額 (1,000円未満切捨) です。ただし、金額が60,000円を超える場合は、60,000円と記入して下さい。

※3 口座名義人は、申請者の個人名義であること。また、この申請書の提出により、申請者が上記振込先への助成金の振り込みに同意したものとみなします。

提出書類の漏れがない
✓をして下さい。

県庁受付印

【添付書類】 全て必要ですので、□に✓してください

(このほか申請期限・助成要件の確認をお願いします。)

兵庫県不育症検査費用助成検査受検証明書【実施医療機関作成】

不育症検査結果個票【実施医療機関作成】

実施医療機関が発行する検査費用に係る領収書及び明細書 (原本)

住民票の写し (コピー不可。個人番号が省略されており、発行から3ヶ月以内のもの)

通帳の写し等上記振込先の記載内容の確認ができるもの

受付 記入欄	受給者番号					承認・不承認				
						決定年月日	年	月	日	

この欄は記入しないで下さい。

2ページ目もご覧ください。

～申請書の記入について～

- ・ 楷書で丁寧に、消えないペンでご記入ください。パソコン等で入力しても構いません。
- ・ 申請書は押印不要です。書き間違えた場合は、二重線で消してください。修正ペン等は使用しないでください。

※申請日 (右上に記入)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全ての添付書類を揃え、申請書を郵送する日をご記入ください。 ・ 申請期限は、消印日より判断します(当日消印有効)。
※申請者氏名	申請する方(検査を受けた方)のお名前とふりがなをご記入ください。
※生年月日	申請者の生年月日を和暦でご記入ください。
※電話番号	申請者の電話番号をご記入ください。
※住所	郵便番号から記入をお願いします。こちらに記入された住所宛に通知文を送付します。 神戸市・姫路市・尼崎市・明石市・西宮市にお住まいの方は、県に申請できません。 <u>お住まいの市にお問い合わせください。</u>
Eメール	<ul style="list-style-type: none"> ・ 申請者の連絡の取れる電子メールアドレスをご記入ください。 ・ 記入漏れがあった場合などのお問い合わせに使用します。空欄でも構いませんが、日中お電話が取れない方は記入をおすすめします。 ・ 「-」(ハイフン)、「_」(アンダーライン)、「o」(オ)、 「0」(ゼロ)等の見分けが付くように、お願いします。
※「検査実施日からこの申請をする日までの間に、住所の変更はありましたか。」	<ul style="list-style-type: none"> ・ 県内の移動を含め、住所の変更があった場合は、「はい」を選択し、変更前の住所をご記入ください。 ・ 他の自治体に、対象検査に係る助成状況の確認をするために、必要な情報です。なお、虚偽の情報を記入して助成金の交付を受けた場合は、承認の決定を取り消し、助成金の返還を命ずることがあります。
※申請金額	医療機関が作成した証明書を見ながらご記入ください。 医療機関の先進医療に係る部分の領収金額に0.7を乗じた額(1,000円未満切捨)を記入 ※ただし、 <u>計算後の額</u> が60,000円を超える場合は「60,000」と記入
※金融機関コード・支店コード	事故防止のため、誤りのないようご記入ください。
※金融機関名	支店名等まで必ず記入してください。 パソコン等で入力される場合は、不要な文字を消しても構いません、 例) ひょうご銀行〇〇支店 ※「組合」「金庫」「農協」「所」等を削除
※預金種別	該当する預金種別を○で囲んでください。 パソコン等で入力される場合は、該当の預金種別を入力してください。
※口座名義人	<u>申請者名義の口座である必要があります。</u>
※口座番号	誤りのないよう、左詰めでご記入ください。
※添付書類	全て用意し、 <input checked="" type="checkbox"/> してください。 なお、領収書・明細書の原本の返却を希望される場合は、追加で、 ① 返却を希望する領収書・明細書のコピー ② 返信用封筒(返却用の切手を貼ったもの) が必要になります。

※の項目は記入必須です。