

相模原市不育症検査費用助成金交付申請書

下記の<同意事項>に同意のうえ、関係書類を添えて次のとおり助成を申請します

太枠の中をご記入ください

	(ふりがな氏名)	生年月日
申請者	()	昭和 平成 西暦 年 月 日 (歳)
住所	〒 相模原市(緑・中央・南)区 電話 ()	
備考		
申請額 金 額 円 (助成の対象となる検査について医療機関に支払った費用の額が申請額となり、上限は6万円です。医療機関に支払った費用の7割に相当する金額(千円未満切り捨て)が、6万円未満の場合は、医療機関に支払った費用の7割に相当する金額になります。)		
令和 年 月 日		
相模原市長 殿		

<同意事項>

- ・ 必要な場合には、受検した医療機関に情報の照会を行うこと、並びに「不育症検査費用助成金受検証明書」に記載の内容について国に提供することに同意します。
- ・ 必要書類を後日提出する場合、申請日から1か月を経過しても必要書類の提出がなされなかった場合は、当該申請が取り下げられたものとして取り扱われることに同意します。
- ・ 助成金交付決定後、請求書の未提出、又は請求書不備による振込不能等があり、交付決定日から1か月を経過しても必要書類の補正または再提出がなされなかった場合は、交付決定取り消しの上、当該申請が取り下げられたものとして取り扱われることに同意します。

(添付書類)

不育症検査費用助成金受検証明書(医療機関が記入するもの)

医療機関発行の領収書・明細書の写し

市記入欄

申請受理年月日	(承認・不承認)	
	決定年月日	
受給者番号	指令 第 号